مقدمة حول التأهيل في المجتمع المحلي

الإعاقة

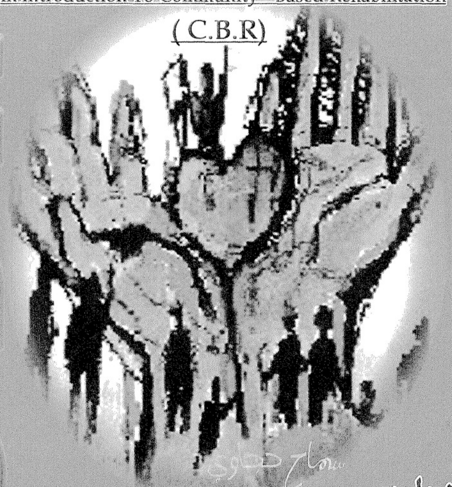
من التأهيل إلى الدمج

DISABILITY

From Rehabilitation To Integration

An Introduction To Community - Based Rehabilitation

(C.B.R)



عزيز داود

خبير دولي في تأهيل الاعاقة



الإعاقة

من التأهيل الى الدمج

مقدمة حول

التأهيل في المجتمع المحلي

للأشخاص المعوقين

DISABILITY
From Rehabilitation To Integration
An Introduction to Community-Based Rehabilitation
(C.B.R)

"المفهوم والتطبيق"

تأليف

عزيز داود

خبير دولي في تأهيل الإعاقة

2006

رقم الايداع لدى المكتبة الوطنية (2006/3/595)
362.4
داود، عزيز عبد المجيد أحمد
الاعاقة: من التأهيل الى الدمج / عزيز عبد المجيد أحمدداود.ـ
عمان: المؤلف، 2006
(416)ص
ر.إ : (595/ 3/ 2006)
الواصفات: الاعاقة / المعوقون / التأهيل / المجتمع المحلي
الخدمات الاجتماعية

الطبعة الأولى 2006

تصميم الغلاف: ناصر شطارة ، تصميم الداخل: عبد الناصر حمدان

التنفيذ الطباعي: مؤسسة مصطفى قانصوه للطباعة / بيروت، لبنان

الإهداء

يبدو من الصعب أن تفي كلمات الشكر والامتنان لكل الأشخاص الذين ساهموا في إخراج هذا الكتاب، إذ أن الأفكار الواردة في كل فقرة أو صفحة من هذا الكتاب هي نتاج جهد ومساهمة نظرية وتطبيقية للعاملين في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين، وهي محصلة تفاعل المؤلف لفترة تمتد ثلاثين عاما مع المئات من الأشخاص المعوقين وأسرهم والعاملين الميدانيين والمخططين وأصحاب القرار في المؤسسات الأهلية والحكومية والإقليمية والدولية.

بداية، فان واجب الشكر الجزيل أقدمه للأشخاص المعوقين، فهم أصحاب الأفكار الواردة في هذا الكتاب، وهي منهم وإليهم، وهم المحفز الأساسي لوضع هذا الكتاب الذي أرجو أن يعكس حاضرهم ويمهد لغدهم الأفضل.

والشكر الوافر أقدمه للمجتمعات المحلية في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين في أماكن تواجدهم لأنهم رواد التطبيق لمنهجية التأهيل المجتمعي في المنطقة العربية، وهنا يمتد واجب التقدير والعرفان للدور الهام الذي لعبته وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين "أونروا" في تبني المفهوم في فترة كانت المنهجية المجتمعية مجرد أفكار عامة وهمية متناثرة، تفتقد إلى أحكام التطبيق الفاعل في مواجهة مشكلات الإعاقة في المجتمع، فكان التحدي في تبنيها عاملا أساسيا في نجاح التطبيق والتعميم في مجتمعات اللاجئين واعتمادها

كإستراتيجية حكومية في تطبيقات الدول المضيفة للاجئين الفلسطينيين في كل من الأردن وسوريا ولبنان وفلسطين.

في هذا السياق فان واجب الشكر والتقدير لجهود **سمو الأمير رعد بن زيد** لدعمه المعنوي وإثرائه الفكري للكثير من الأفكار الواردة في هذا الكتاب، وتفضله بالمساهمة في التقديم لهذه الطبعة الأولى من الكتاب والشكر الموصول الى اللجنة العليا لادارة برامج ومشاريع الأشخاص المعوقين التابع لمكتب سمو الأمير رعد.

يقتضي واجب العرفان أن أقدم الشكر الوفير للدكتور **يوسف القريوتي**، المستشار الإقليمي للتأهيل المهني لمنظمة العمل الدولية في المنطقة العربية، على دعمه الفني المتواصل ومساهمته القيمة في توجيه وتنظيم أفكار ومضامين هذا الكتاب، وحرصه على أن يكون ذا فائدة علمية وعملية لكل الباحثين والمهتمين بمنهجية التأهيل في المجتمع المحلي على كافة المستويات.

مما لا شك فيه أن الفضل في وضع أفكار هذا الكتاب يعود إلى كل الذين عملت معهم خلال العقود الثلاث الماضية من أفراد ومؤسسات ومنظمات محلية وعربية وإقليمية ودولية، فبهم ومعهم ومنهم أثريت خبراتي المهنية والفنية في وضع مضامين هذا الكتاب، وأخص هنا بالذكر الحكومة الأردنية ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين "أونروا" ومنظمة "اوكسفام" البريطانية ومنظمة العمل الدولية والمؤسسات الحكومية والأهلية في الأردن وفلسطين وسوريا ولبنان والعراق والبحرين وسلطنة عمان والمغرب ومصر واليمن.

لكل الذين ساهموا في دعم مهمتي في انجاز هذا الكتاب وإخراجه بصورته الحالية جزيل الشكر والعرفان، واخص هنا بالذكر المركز الدولي لذوي الاحتياجات الخاصة لدعمهم الدؤوب على طريق إصدار هذا الكتاب، والشكر الموصول لكل من ساهم في تصميم الغلاف وتنقيح وتنسيق المحتوى حتى يخرج بصورته الحالية.

أخيرا كل الشكر لزوجتي وأسرتي وأصدقائي الذين كانوا دائما سند النجاح.

اعترافا بالعرفان، اهدي هذا الكتاب لكل الأخوة والأبناء من الأشخاص المعوقين وأسرهم، ومعهم وبهم سائرون نحو الغد الأفضل..........نحو الكرامة.

المحتويات

الإهداء 3

المحتويات 7

تقديم 15

تنويه 23

تقديم المؤلف. 19

لمن هذا الكتاب 25

وصف مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي. 30

الفصل الأول: المقدمة

اولا: تقديم حول الاعاقة بالمنظور الاقليمي والدولي 33

ثانيا: تعريف بالمفاهيم 39

ثالثا: خلفية تاريخية حول تأهيل المعوقين 43

رابعا: الإعاقة والمجتمع 49

الفصل الثاني: المنهجية البديلة "التأهيل في المجتمع المحلي"

أولا: تقديم حول المفهوم 53

ثانيا: فلسفة المفهوم. 55

ثالثا: نظام إيتاء الخدمات 56

رابعا: الكوادر الأساسية 65

خامسا: اتجاهات التأهيل المجتمعي. 77

سادسا: عناصر المفهوم 79

سابعا: أساليب بناء البرنامج المجتمعي. 83

ثامنا: إدارة وتنظيم البرنامج 86

تاسعا: مبادئ المنهجية 96
عاشرا: الاستراتيجيات 103
أحد عشر: التطوعية في برنامج التأهيل المجتمعي 111

الفصل الثالث: التطبيق العملي لبرنامج التاهيل في المجتمع المحلي

اولا: المرحلة التحضيرية 127
ثانيا: مرحلة التنفيذ 135
ثالثا: مرحلة التقييم 161

الفصل الرابع: التوجهات الحديثة في تأهيل الاشخاص المعوقين

أولا: تاهيل المجتمع نحو تاهيل المعوقين 189
ثانيا: التكامل القطاعي في خدمات تأهيل المعوقين 191
ثالثا: دمج خدمات المعوقين في البنى العادية لخدمات المجتمع 210
رابعا: التأهيل في المجتمع المحلي برنامج للتكامل القطاعي لتنموي في المجتمع 218
خامسا: التأهيل المجتمعي ميدان للتعاون المحلي والإقليمي والدولي . . . 219

الفصل الخامس: مصادر تمويل البرنامج المجتمعي واجراءاته

أولا: تقديم 225
ثانيا: المجالات المستهدفة للتمويل 226
ثالثا: مشكلات التمويل 230
رابعا: أنماط التمويل 236
خامسا: مصادر تمويل برنامج التأهيل المجتمعي 239

الفصل السادس: الدراسات الاحصائية في مجال الاعاقة

أولا: تقديم حول إحصائيات الإعاقة 251
ثانيا: العوامل المؤثرة في نتائج الدراسات الإحصائية حول الإعاقة . . . 252
ثالثا: المفاهيم المتضمنة في إحصائيات الإعاقة 254
رابعا: التكامل المنهجي بين إحصائيات الإعاقة وخدمات التأهيل . . . 257

خامسا: مجالات الاستقصاء في الدراسة المسحية حول الإعاقة 259
سادسا: مضمون الدراسة الإحصائية 261
سابعا: تصنيفات الإعاقة 263
ثامنا: أسباب الإعاقة 275
تاسعا: أهمية اكتشاف الاعتلال والإعاقة في المجتمع. 276
عاشرا: أساليب جمع البيانات والمعلومات حول الإعاقة. 277
أحد عشر: جمع وتنظيم البيانات والمعلومات 283
ثاني عشر: معالجة النتائج 288
ثالث عشر: تقييم المنهجيات الإحصائية 289

الفصل السابع: بناء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي

اولا: خطوات بناء البرنامج المحلي 303
ثانيا: خطوات بناء البرنامج الوطني 312

الفصل الثامن: التخطيط الوطني لبرنامج التأهيل في المجتمع المحلي

اولا: تقديم حول التخطيط الوطني. 324
ثانيا: بناء الخطة الوطنية 324
ثالثا: الجهات المشاركة في اعداد الخطة الوطنية 325
رابعا: مضمون الخطة الوطنية 327

الفصل التاسع: نماذج تطبيقية لمنهجية التاهيل المجتمعي

الفصل العاشر: توصيات للمنطقة العربية

- الخاتمة . . . .
- المراجع. . . . .
- فهرس الملاحق والجداول والأطر والنماذج والأشكال. . . . .



تقديم لهذا الكتاب
بقلم سمو الأمير رعد بن زيد/ الأردن

مضت حقبة طويلة من العمر عايشت فيها سعادة الانتماء إلى الناس بقوتهم وضعفهم، وتميزت سعادتي بالانحياز إلى صفوف فئة الأشخاص المعوقين من أفراد المجتمع، وتعاظمت سعادتي بمعايشة بسمة طفل معوق يتعلق على صدر أم تحتضن فيه الحب والأمل، وتتمثل من خلاله إيمانا بالقدر الإلهي، ويسمو أملي بالكثير من المخلصين في دعوتهم لتكافل المجتمع نحو مسؤوليات المشاركة في مواجهة مشكلات الإعاقة في مجتمعنا الأردني، في مجتمع أحوج ما نكون فيه متضامنين مع أنفسنا، كل حسب موقعه وإمكانياته، خاصة ونحن مجتمع يقوم على عقيدة التكافل والترابط.

وفي خضم معايشتي الدعوية للإعاقة خلال العقود السابقة، فقد تضاعف أملي بمستقبل أفضل لواقع الإعاقة والمعوقين بظهور فكرة التأهيل في المجتمع المحلي في منتصف ثمانينيات القرن الماضي، وذلك باعتبارها بداية عهد جديد في تنظيم الأسس الفعالة لتنمية المجتمعات المحلية وتأكيد الحقوق الإنسانية وترسيخ مبادئ العدالة الاجتماعية وتعزيز مفاهيم الإشراك والمشاركة في مواجهة مشكلات المجتمع، بالإضافة إلى ما تقدمه المنهجية من مداخلات عملية في مواجهة

مشكلات الفقر وضعف الإمكانيات في معظم المجتمعات النامية لبناء البرامج والخدمات التاهيلية المتخصصة للأشخاص المعوقين.

وقد تعاظمت سعادتي عندما وجدت الأردن يخطو نحو الريادية والمبادأة في تطبيق المنهجية في الواقع الأردني منذ تلك المرحلة، وفي وقت كانت معظم دول العالم تتلمس طريقها في البحث عن معالجات لمشكلاتها في ميدان الرعاية والتأهيل للأشخاص المعوقين.

وهكذا عرفت المؤلف قبل ما يقارب العشرين عاما. في إطار مهماتي الرسمية في رعاية النشاطات الوطنية في مجال رعاية وتأهيل الأشخاص المعوقين، وكانت مناسبة قدم فيها المؤلف مفهوم ومنهجية التأهيل في المجتمع المحلي، وتطبيقاته الريادية في الأردن، وأدركت حينها أهمية تبني هذه المنهجية في مواجهة مشكلات الإعاقة في الأردن والمنطقة العربية والعديد من الدول النامية. وهو ما أسس لبداية التعاون مع الجمعية الطبية الأردنية السويدية وغيرها من المنظمات الأهلية والدولية لاستحداث العديد من البرامج والنشاطات التي تقوم على المنهجية المجتمعية في العديد من مناطق الأردن.

هناك العديد من أبناء الأردن الذين امتدت بصماتهم وإسهاماتهم الإبداعية إلى أبعد من مجرد حدود الأردن، وهذا مصدر اعتزاز لنا جميعا. وهكذا كان المؤلف واحدا من المتميزين في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين في الأردن والمنطقة العربية من خلال العديد من الأدوار التي تولاها في العمل الحكومي الرسمي والدولي، ومشاركته في العديد من النشاطات المحلية والإقليمية والدولية عبر مسيرته المهنية، وكان لجهوده في تطوير وتنظيم برامج التأهيل المجتمعي والتأهيل المهني للأشخاص المعوقين، ما يضعه في مقدمة أولئك الذين أثروا التجربة والتطبيق، وساهموا في تغيير المفاهيم التقليدية في هذا الميدان.

واليوم، يأتي هذا الكتاب الهام حول مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي ليكون أحد المنشورات الهامة بين يدي القارئ العربي، وليكون احد المراجع التي

يمكن أن تثري المكتبة العربية حول موضوع يفتقد إلى المراجع المفيدة العربية منها والأجنبية. فهو كتاب يمكن أن يفيد سائر العاملين والمهتمين والمخططين لبناء وتطوير برامج التأهيل المجتمعي، وهو خلاصة تجربة تطبيقية للمؤلف تمتد ما يزيد عن ربع قرن في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين، ويمثل تحليلا فكريا لمفهوم التحليل المجتمعي، وموجها عمليا لتطبيقاته في البيئة العربية بخصوصيتها الثقافية والاقتصادية والاجتماعية.

وإنني إذ أسجل التقدير للمؤلف وجهوده العلمية والعملية في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين وتطبيقات منهجية التأهيل في المجتمع المحلي، لأرجو أن يصل الكتاب إلى كل مكتبة والى كل مؤسسة من مؤسسات العمل مع الأشخاص المعوقين، وقبل هذا وذاك أن يكون الكتاب في متناول جميع العاملين والباحثين والمخططين الحكوميين، وأن تتاح للأشخاص المعوقين وأسرهم إمكانية الحصول على الكتاب والاستهداء به في مواجهة مشكلات الإعاقة في المجتمع، وبذلك تعم فائدة الكتاب وتتحقق الإفادة المرجوة منه، والله ولي التوفيق.

سمو الأمير رعد بن زيد
كبير أمناء جلالة الملك
عمان – الأردن
٢٠٠٦/٣/١

التقديم الفني للكتاب

الدكتور يوسف القريوتي
المستشار الإقليمي للتأهيل المهني في منظمة العمل الدولية

تتفق معظم المراجع العلمية والمنظمات العالمية المختصة على أن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة يمثلون نسبة لا تقل عن 10٪ من أفراد أي مجتمع من المجتمعات. وواقع الحال يشير إلى أن هؤلاء الأشخاص سواء كانوا أطفالا أو شبابا أو كبارا فهم في غالبيتهم عرضة لأن يكونوا من أكثر الفئات تهميشا وحرمانا من الوصول إلى الخدمات التعليمية والتأهيلية والثقافية والترويجية. كما أنهم يعانون حرمانا اقتصاديا يتمثل في عدم توفير فرص متكافئة لهم للوصول إلى فرص التدريب المهني أو الولوج إلى أسواق العمل. وينطبق ما سبق على الغالبية العظمى من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة سواء أولئك الذين يعيشون في الدول النامية أو المجتمعات الصناعية مع اختلاف في الدرجة.

إن نظرة سريعة على الإحصائيات المتعلقة بالأمية أو البطالة أو الفقر في البلدان العربية تشير إلى تواضع الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة، والحاجة الماسة إلى مزيد من الجهود والبرامج لتنمية قدراتهم والنهوض بهم وإدماجهم في مناحي الحياة المختلفة لمجتمعهم.

إن ما سبق يلقي على عاهل المجتمعات المختلفة ممثلة بحكوماتها ومنظمات المجتمع المدني مسؤوليات جسام من أجل كفالة حق ذوي الاحتياجات الخاصة في حياة كريمة وفرص متكافئة وإضافة إلى ضرورة توفر السياسات والبرامج اللازمة من أجل تفعيل دور هذه الشريحة واستثمار طاقاتها بدل أن تكون عبئا على المجتمع.

ولقد جريت المجتمعات المختلفة استراتيجيات وأساليب متعددة من أجل النهوض بهذه المسؤولية. ولقد كانت هذه الاستراتيجيات والأساليب موضع تعديل وتغيير دائم منذ أواسط القرن الماضي نتيجة لتسارع المعارف الإنسانية والثورة العلمية العارمة التي شهدها النصف الثاني من ذلك القرن.

وتعتبر إستراتيجية التأهيل في المجتمع المحلي من أبرز الاستراتيجيات التي لقيت قبولا ودعما قل نظيره في أوساط واضعي السياسات الاجتماعية والعاملين في مجالات التأهيل المختلفة.

وعلى الرغم من التفاوت في التفسيرات النظرية لفلسفة هذه الإستراتيجية والجدل في أوساط العاملين الميدانيين حول الجوانب التطبيقية لها، فان الجميع يتفق على أن التأهيل في المجتمع المحلي هو البديل الأمثل للخدمات المؤسسية التي كانت ولا زالت تمثل الغالبية العظمى من الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن هذا البديل يمثل منهجية فاعله من أجل توسيع دائرة وشمولية الخدمات المقدمة من جهة وتحسين نوعيتها من جهة أخرى.

إن نظرة سريعة على تطور مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي يقود إلى الاستنتاج بأن جذوره تعود إلى مفهوم وآليات تنمية المجتمعات المحلية. وتعزز هذا المفهوم بإقرار منظمة الصحة العالمية حملتها الدولية "الصحة للجميع" في أوائل السبعينات من القرن الماضي. وفي أوائل الثمانينيات جاءت قرارات المؤتمر العالمي للتربية والتعليم في جومتيان حول إعلان "التعليم للجميع" و "مدرسة الجميع" Inclusive School لتعطي دفعة أخرى لمفهوم استراتيجية التأهيل في المجتمع المحلي. ويمكن القول بأن الإعلان المشترك لكل من منظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية والصادر عام 1994 حول تبني إستراتيجية التأهيل في المجتمع المحلي أسهم في تجذير هذه الإستراتيجية وتبنيها سواء على الصعد الوطنية أو الإقليمية أو الدولية.

وفي ضوء المراجعة الفكرية لأسس ومكونات هذه الإستراتيجية يمكن القول بأن التأهيل في المجتمع المحلي برنامج متكامل يسعى إلى حفظ كرامة الأشخاص المعوقين وتمكينهم من الوصول إلى حقوقهم في المشاركة الفاعلة والفرص المتكافئة وتأكيد التزام المجتمع وخلاياه المختلفة سواء على المستوى المحلي أو الوطني بتحقيق هذه الحقوق.

يأتي هذا الكتاب ليقدم عرضا شاملا لمفهوم التأهيل في المجتمع المحلي وتطبيقاته العملية على المستويات المحلية والوطنية مشفوعا بالخبرة الواسعة والدروس المستفادة التي تحصّل عليها المؤلف نتيجة عمله الطويل في هذا المجال.

وإذ يسعدني أن أقدم هذا الكتاب أود أن أشير إلى أنني عرفت مؤلفه يوم كان عاملا ميدانيا أسهم في بناء أول برنامج للتأهيل في المجتمع المحلي في المنطقة العربية، ومن ثم عرفته مسؤولا عن تطوير برامج تأهيل الأشخاص المعوقين التي تديرها وكالة الغوث الدولية في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين. وأخيرا كان لنا في منظمة العمل الدولية شرف الاستفادة من خبراته المميزة كخبير مميز لعدد من مشروعاتنا في عدد من الدول العربية وكمدرب ناجح للعديد من فعالياتنا التدريبية في هذا المجال.

إن المعرفة الواسعة والخبرة العملية لمؤلف الكتاب ترجمت نفسها من خلال النظرة الشمولية والإحاطة الجيدة التي قدمتها فصول الكتاب المختلفة، والتي حاول من خلالها الإجابة على مختلف التساؤلات التي قد تثور في ذهن القارئ.

ولدى مراجعتي لمحتويات هذا الكتاب خطر لي أن هذه الكثافة في المعلومات لا شك ستفيد القارئ ولكنها في بعض الأحيان قد تمثل عبئا عليه. وتساءلت في نفسي فيما إذا كان يتوجب اختصار بعض الفصول تيسيرا للقارئ. ولمّا كانت الإجابة ستكون محض شخصية آثرت أن أترك الإجابة للقارئ الكريم.

وأنا على ثقة بأن المؤلف سيسعى للحصول على تغذية راجعة على هذه الطبعة من الكتاب من قراء مختلفين وسيستفيد منها في الطبعات القادمة بإذن الله.

ختاما، أود أن أقدم شكري للمؤلف عزيز داود على هذا الكتاب المتميز الذي يشكل إضافة نوعية وإسهاما نوعيا ومميزا لاغناء المكتبة العربية التي لا زالت بحاجة ماسة إلى المزيد من المؤلفات في مجالات التأهيل المختلفة.

د. يوسف القريوتي
منظمة العمل الدولية - بيروت
شباط / 2006

تقديم المؤلف

فكرة هذا الكتاب

يشير الاستعراض المتعمق لتاريخ العمل مع الأشخاص المعوقين منذ أقدم العصور حتى يومنا هذا، إلى انه لم يسبق أن حظي مفهوم في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين بمثل ذلك الاهتمام الذي حظي به مفهوم "التأهيل في المجتمع المحلي، (Community Based Rehabilitation- CBR)، فقد ظهر هذا المفهوم ليمثل ثورة على الأساليب التقليدية في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين، وليطرح قضاياهم وتأهيلهم باعتبارها ميدانا لتفعيل مبادئ حقوق الإنسان التي تؤكد على الحقوق المتكافئة والمساواة والمشاركة والكرامة للبشر كافة، والعمل على تضمين هذه الحقوق في بنية التشريعات والقوانين الوطنية والدولية القائمة.

لقد ظهر مفهوم التأهيل المجتمعي وهو يحمل معه بذور الخلاف بين المنظرين والمخططين والعاملين الميدانيين حول جدوى تطبيق المنهجية المجتمعية وفعاليتها في مواجهة الحاجات وتأكيد الحقوق للأشخاص المعوقين، ويعود ذلك الخلاف أساسا إلى تأصل المفاهيم التقليدية لتأهيل المعوقين، والى فهم خاطئ ينظر للمفهوم باعتباره دعوة لتخفيف التزامات الدولة نحو مواطنيها من المعوقين، وتحميلها لمجتمعاتهم المحلية ذات الموارد والإمكانيات الفنية والمادية المتدنية والمحدودة.

بداية، أرجو أن يعذرني القارئ لاستخدام صيغة "الأنا" في هذا العرض التقديمي، فالمقصود هنا هو التأكيد على "الأنا التجربة" وليست

"الأنا الشخص"، حيث ارتبط التطبيق العملي في معظم مراحله الريادية بتجربة شخصية تعتمد أسلوب المحاولة والخطأ في فترة كانت تفتقد إلى المرجعيات النظرية والتطبيقية لهذه المنهجية المستحدثة، وأرجو أن يعذرني القارئ أيضا، لقصور محتمل في صياغة أفكار هذا الكتاب، وهنا فإنني أرجو أن تسعفني قدرتي الكتابية على تنظيمه وإثرائه، بما يرضي ويفيد المهتمين بتطوير منهجية التأهيل في المجتمع المحلي، وعلى مختلف مستوياتهم وأدوارهم المحلية والوسيطية والوطنية.

منذ دخولي ميدان العمل في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين في نهاية السبعينيات، لم تخاطرني فكرة احتراف الكتابة والتأليف، بل إن غاية طموحي خلال هذه السنوات كانت تتركز في المساهمة في تحسين رؤيا الإعاقة، وأن أشارك في تطوير البرامج التي تؤكد حقوق الأشخاص المعوقين وتساهم في دمجهم في البناء التنموي لمجتمعاتهم.

خلال ما يزيد عن ربع قرن، تنقلت في العديد من المسؤوليات الوظيفية الحكومية والدولية والاستشارية في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين، فمن وظيفة الأخصائي النفسي في مركز التأهيل والتدريب المهني التابع لوزارة التنمية الاجتماعية بالأردن، إلى مدير لعدد من مراكز التربية الخاصة، حتى تم اختياري لوظيفة المنسق الوطني لبرنامج الإعاقة في الوكالة الدولية لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين "أونروا" في الأردن، ومن ثم إلى وظيفة الخبير الإقليمي لبرنامج الإعاقة في مناطق خدمات الوكالة، إلى أن عملت خبيرا مقيما لبرنامج التعاون الفني لمنظمة العمل الدولية في اليمن، ومستشارا دوليا للعديد من برامج تأهيل المعوقين التي يديرها المكتب الإقليمي لمنظمة العمل الدولية للمنطقة العربية.

ما من شك أن خبرات الممارسة العملية خلال هذه الفترة الواسعة، حملت معها الكثير مما يستحق أن يوثق في كتاب، وما يمكن أن يفيد المخططين والباحثين والعاملين الميدانيين في بناء وتخطيط وتطبيق برامج التأهيل المجتمعي، وأعترف هنا أن هذا الكتاب جاء متأخرا نوعا ما، وأعترف أيضا بالتقصير حيال محاولات الأصدقاء والزملاء خلال الفترة الماضية، التي كانت تدعو إلى ضرورة بلورة وتوثيق خبرات التطبيق الريادية الأولى من خلال إصدار كتاب يوثق التجربة ويفيد التطبيق ويثري معرفة العاملين في الميدان، خاصة في ظل ظروف كانت تتسم بعدم توفر المرجعيات النظرية التي توجه استحداث برامج التأهيل المجتمعي، إلا أنني، ورغم ذلك، كنت ألتمس لنفسي مبررا يقوم على ضيق الوقت وعدم التفرغ في فترة كان العمل الميداني يمثل بالنسبة لي أولوية تفوق ما سواها. وهكذا، وجدت نفسي بعد هذه السنين أمام مسؤولية وضع هذا الكتاب.

وهنا يأتي السؤال ...... ولكن لماذا الآن ؟

وللإجابة، فقد كانت محاولات التسويف لها ما يبررها في الفترة الماضية، إلا أن مسؤوليات وضع هذا الكتاب كانت تتضخم في داخلي حتى أصبحت عبئا شخصيا ثقيلا، بلغت حدود اتهام الذات بالتهرب من مسؤولية ينبغي مواجهتها نحو الأشخاص المعوقين وأسرهم والعاملين الميدانيين والمهتمين والمخططين لبرامج وخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين.

تقوم فكرة هذا الكتاب على تعزيز المفهوم التنموي في بناء برامج تأهيل الأشخاص المعوقين وذلك استرشادا بالمبادئ الأساسية لمنهجية التأهيل في المجتمع المحلي، تلك المبادئ التي تقوم على تعزيز إمكانيات القدرة الكامنة لدى الفرد المعوق واستثمار موارد الأسرة وتمكين المجتمع من أخذ زمام المبادرة والريادة نحو تغيير واقع الشعور بالعجز والدونية إلى مجال يستشعر فيه الشخص المعوق حقيقة إنسانيته في إطار مجتمع لا بد وأن يكون لجميع أفراده.

تنويه

إن الأفكار والملاحظات الواردة في هذا الكتاب، تعبر عن الرأي الشخصي للمؤلف، وهي في مجملها نتاج خبرته العملية في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين بشكل عام، وفي تطبيقات منهجية التأهيل في المجتمع المحلي بشكل خاص.

إن نقل واقتباس الأفكار الواردة في هذا الكتاب، يبقى مسموحا دون إذن مسبق لجميع العاملين والمهتمين بتطوير وتطبيق منهجية التأهيل في المجتمع المحلي في المنطقة العربية، إلا انه يحظر استخدام محتوياته لأغراض المنفعة الشخصية أو الدراسات الأكاديمية والبحوث، بما فيها النسخ أو النقل أو الاقتباس، إلا بإذن مسبق موقع من المؤلف أو المشرف أو مؤسسة النشر، وخلاف ذلك سوف يخضع للمساءلة القانونية، وفق الأنظمة والقوانين المتبعة في حقوق التأليف والنشر والملكية الفكرية.

إن المؤلف، إذ يضع بين يدي القارئ العربي الطبعة الأولى من هذا الكتاب، سيكون ممتنا للحصول على أية إسهامات أو ملاحظات أو تعليقات حول الأفكار الواردة في محتواه ، مبديا في الوقت ذاته، استعداده لمناقشتها وإجراء التعديل اللازم بشأنها ، إذا كان من شأن ذلك أن ينعكس فائدة على واقع النظرية وتطبيقات مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي في منطقتنا العربية، وبما يمثل نقلة على طريق تحسين واقع الأشخاص المعوقين وخدماتهم التأهيلية، وهو هدف نسعى جميعا إلى تحقيقه.

لمن هذا الكتاب

باستثناء بعض المنشورات القليلة الصادرة عن منظمات الأمم المتحدة المتخصصة حول موضوع التاهيل في المجتمع المحلي، تكاد المكتبة العربية تخلو من المراجع التي تثري معرفة الدارسين والعاملين في هذا الميدان، وإذا كان مثل هذا القصور يبدو واضحا في المنشورات الأجنبية، فلنا أن نتصور حال المكتبة العربية في توفير مثل هذه المراجع الهامة خاصة في ظل حداثة الموضوع من الناحيتين النظرية والتطبيقية، وحتى في الحالات التي يمكن أن تتوفر فيها المراجع الأجنبية، فإن إمكانية الاستفادة منها تبدو أقل من الطموح، وذلك لعدم موائمتها للخصوصية الثقافية والحضارية للمجتمع العربي، إضافة إلى ما يمكن أن يمثله المنشور الأجنبي من صعوبات في الترجمة للدارسين والمهتمين والعاملين.

لكل ذلك، فقد جاء هذا الكتاب كمحاولة على طريق اغناء المكتبة العربية ورفدها بمرجعية فكرية وتطبيقية لمنهجية التأهيل المجتمعي تتوافق مع المكونات الحضارية للمجتمع العربي، ومن خلال تجربة واقعية ميدانية ورؤيا حقيقية لمضامين المنهجية مكوناتها ومتطلبات تطبيقها في البيئة العربية.

يتوجه هذا الكتاب أساسا إلى الأشخاص المعوقين وأسرهم، باعتبارهم العناصر الحاسمة في إنجاح إجراءات التأهيل في المجتمع المحلي، فهم الفئة المستهدفة للبرامج والخدمات، وهم فئة الريادة في

إحداث التغيير المطلوب في بنية المجتمع، وهم مفاتيح الوعي بالإعاقة وحاجاتها، وهم المرتكز الأساس الذي يمهد لنشاطات المجتمع والدولة لمواجهة الالتزامات وتأكيد الحقوق العامة والخاصة للاشخاص المعوقين، ويعمل على بلورة القوانين والتشريعات التي تنظم المسؤوليات وتفعل النشاطات الهادفة الى تحسين الواقع وبناء حياة مستقلة وكريمة لكافة شرائح المجتمع بمن فيهم المعوقين.

يمكن ان تفيد الأفكار والمعلومات والمفاهيم الواردة في هذا الكتاب، اولئك الباحثين والدارسين الاكاديميين في المعاهد والجامعات، ويمكنها أن ترفد الطلبة بالكثير من الحصيلة المعرفية حول مفهوم التأهيل المجتمعي وفلسفته ومبادئه وتطبيقاته، بما يساهم في تحصيلهم الأكاديمي وتزويدهم بمادة مرجعية نظرية وعملية شاملة حول المنهجية المجتمعية، واجراءات موائمة تطبيق المنهجية في الواقع الأردني على وجه الخصوص والمنطقة العربية بشكل عام.

يهدف الكتاب إلى تزويد العاملين في الميدان باختلاف مواقعهم ومستوياتهم، بالمعلومة الملائمة حول بناء وتسيير برنامج التأهيل في المجتمع المحلي، حيث يطرح الكتاب شرحا وافيا يمكنهم من الإجابة على الكثير من الأسئلة حول فلسفة وتطبيقات المنهجية المجتمعية بما يساهم في تحسين الأداء وتفتح الآفاق نحو مزيد من الإبداع والتطوير في مواقف التطبيق الميداني.

ويمكن أن تفيد المعلومات الواردة في الكتاب، القائمين على بناء السياسات والاستراتيجيات الحكومية في بناء وتخطيط البرامج التنموية

الموجهة نحو الأشخاص المعوقين، بما تتضمنه من مداخلات تشمل بلورة التشريعات والقوانين والسياسات الحكومية، وإعداد الخطط الوطنية، وتطوير القدرات البشرية، وإعداد الميزانيات الحكومية وتنظيم التنسيق الوطني، واستدراج اتفاقيات التعاون المحلي والإقليمي والدولي في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين.

أخيرا، يوفر هذا الكتاب معلومات مفيدة لمنظمات الدعم الفني والمادي المحلية والدولية، ولكافة المهتمين بمجالات التنمية بشكل عام وميدان تأهيل الأشخاص المعوقين على وجه الخصوص.

التأهيل في المجتمع المحلي

Community-Based Rehabilitation
(CBR)

"التأهيل في المجتمع المحلي هو استراتيجية تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من إعاقة ما، وينفذ من خلال الجهود المتضافرة للمعوقين أنفسهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم المحلية وللمرافق الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعية المعنية"

بيان موقف مشترك صادر عن منظمات هيئة الأمم المتحدة
منظمة الصحة العالمية/ اليونسكو/ منظمة العمل الدولية
1994

الإطار(1)
وصف مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي

موجز وصفي لمفهوم التأهيل في المجتمع المحلي

التأهيل في المجتمع المحلي هو استراتيجية تستهدف تحسين نوعية الحياة للأشخاص المعوقين، بتطوير نظام إيتاء الخدمات، وإتاحة فرص أفضل للمساواة، وتعزيز حقوق المعوقين الإنسانية وحمايتها.

تنادي منهجية التأهيل في المجتمع المحلي بالمشاركة الكاملة والمنسقة لمختلف مستويات المجتمع في تنفيذ اجراءات تأهيل المعوقين: المحلية والوسيطية والوطنية. وتعمل المنهجية على دمج مداخلات مختلف القطاعات ذات العلاقة؛ التعليمية والصحية والتشريعية والاجتماعية والمهنية، وتهدف إلى تمكين المعوقين وتمثيلهم الكامل في كل ما يتعلق بهم وبخدماتهم. وتهدف المنهجية أيضا إلى ان تكون خدمات تأهيل المعوقين في إطار الخدمات العادية القائمة في المجتمع، والعمل على تعديل البيئة الجغرافية والبنية النفسية، وبما يسهل إمكانيات الدمج الاجتماعي وتحقيق الذات للأشخاص المعوقين، وهنا فان غاية المنهجية هو إحداث التغيير، وتطوير آلية يمكنها الوصول إلى جميع المعوقين، وتعمل على تحسين المعرفة والوعي لدى الحكومات والمجتمعات. ولتحقيق ذلك لا بد أن يقوم تطبيق المنهجية على أسس موضوعية تتسم بالديمومة والاستمرارية.

من المهم إن ينظر لبرنامج التأهيل المجتمعي في المستوى المحلي على انه أحد مكونات البرنامج الشامل لتنمية المجتمع، وان يقوم على قرار من المجتمع المحلي، وأن يعتمد أساسا على المصادر المحلية، بحيث تكون أسرة المعوق هي المصدر الأساسي في توفير خدمات التأهيل، وذلك بتوفير التدريب والمعرفة والإشراف المناسب، وباستخدام التكنولوجيا الأقرب للواقع، وأن يقوم المجتمع المحلي بتوفير الضروريات في مساعدة الأسرة على مواجهة وتنفيذ متطلبات التأهيل، وتعمل على تسهيل انخراط المعوق في مختلف المرافق التنموية القائمة في المجتمع. وهنا فإن دور

المجتمع المحلي يتمثل في حماية أعضائه المعوقين وعدم حرمانهم من حقوقهم الإنسانية، وان تتاح الفرص الكاملة لهم ولأسرهم لمناقشة قضايا الإعاقة. ومن المهم إن يختار المجتمع احد أفراده للتدرب على إجراءات بناء وتنفيذ نشاطات البرنامج المحلي، ومن المهم كذلك تشكيل لجنة محلية لإدارة وتنظيم نشاطات البرنامج.

أما في المستوى الوسيطي، فعلى الدولة أن توجد إطارا من المتخصصين لدعم نشاطات البرنامج المحلي، ويتوجب على الموظفين الحكوميين إن يساهموا في تدريب المجتمعات حول الأمور الفنية والإدارية المرتبطة بالبرنامج. ومن المهم توفير خدمات التحويل التخصصي للمعوقين المحتاجين لهذه الخدمات. ويمكن للمنهجية المجتمعية أن تستثمر المصادر المتوفرة في القطاعين الحكومي والأهلي.

أما في المستوى الوطني، فتدعو المنهجية المجتمعية إلى دور قيادي للدولة، يرتبط بالتخطيط والتنفيذ والتنسيق والتقييم، ويكون ذلك بالتعاون والتنسيق مع المجتمعات المحلية والمستويات الوسيطية، والقطاع الأهلي ومنظمات الأشخاص المعوقين.

الفصل الأول

المقدمة

الفصل الأول:

المقدمة

1- تقديم حول الإعاقة بالمنظور الإقليمي والدولي

الإعاقة ظاهرة عالمية، فهي قائمة بوجود الحياة على الأرض، وتشير التقديرات العالمية إلى أن ما يقارب 600 مليون شخص في العالم أو 10٪ من مجموع السكان، هم بحاجة إلى نوع ما من المساعدة التاهيلية الخاصة، لأسباب ترتبط بتدني قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسدية. ويتزايد هذا التقدير مع النمو في عدد السكان، إذ تشير التقديرات إلى أن عدد سكان العالم سيصل إلى تسعة مليارات شخص بحلول سنة 2025م، ويعني ذلك بلغة الأرقام أن أعداد المعوقين في العالم ستصل إلى نحو 900 مليون شخص خلال هذه الفترة، ما لم تتخذ الإجراءات الكفيلة بالحد من تفاقم هذه المشكلة المتنامية، من خلال تضافر الجهود الدولية والإقليمية والوطنية والمحلية في هذا الميدان.

تتصف مشكلة الإعاقة بتعدد أبعادها، فهي لا تتحدد بأعداد الأشخاص المعوقين فقط، بل بذلك التأثير السلبي الذي يتركه وجود الشخص المعوق في حياة الأسرة والمجتمع. ويشير تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية في منتصف السبعينيات حول الواقع العالمي للإعاقة، أن ما نسبته 80٪ من الأشخاص المعوقين يعيشون في المناطق الريفية من الدول النامية ذات الاقتصاديات المتدنية، وفي بيئات تفتقر إلى الحد الأدنى من الخدمات الأساسية. وتتفاقم المشكلة في المناطق الريفية التي تفتقر

للخدمات الأساسية كالصحة والتعليم وتدني الموارد وانعدام التسهيلات الخاصة بتأهيل الأشخاص المعوقين، إضافة إلى النقص الحاد في توفر الكفاءات المدربة والمؤهلة للعمل في هذا المجال. وتأتي مشكلة الانفجار السكاني لتمثل تهديدا إضافيا حقيقيا لتلك التدابير التي تستهدف تحسين واقع خدمات التأهيل.

تشير التقديرات الصادرة عن جامعة الدول العربية إلى أن نحو عشرين مليون شخص معوق يعيشون في الدول العربية، ولا تختلف مشكلة الإعاقة في الواقع العربي عن الواقع السائد في معظم الدول النامية، إلا أن الظروف المرتبطة بالحروب وأعمال العنف المسلح التي تعيشها بعض الأقطار العربية قد تساهم في إضافة المزيد من أعداد الأشخاص المعوقين، وما يستتبعه ذلك من صعوبة في تخصيص الموارد اللازمة لمواجهة احتياجات تأهيل هذه الأعداد الإضافية، إضافة إلى ضعف التخطيط والتنسيق والإعلام والتوعية والافتقار إلى الدراسات الإحصائية والعلمية الدقيقة حول حجم مشكلة الإعاقة وتأثيراتها على الواقع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة والمجتمع.

بناء على معطيات التقييم العالمي لمشكلة الإعاقة في منتصف سبعينيات القرن الماضي، تنادى المجتمع الدولي، ممثلا بهيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة، إلى ضرورة العمل على مواجهة هذه المشكلة المتنامية، حيث أعلنت سنة 1981 "**السنة الدولية للأشخاص المعوقين**" تحت شعار"**المشاركة الكاملة والمساواة**". وقد شهدت تلك السنة العديد من النشاطات الدولية والاقليمية والوطنية، وافرزت العديد من

التوصيات والمقترحات لتحسين الخدمات وتنظيمها وتطوير الاستراتيجيات والاجراءات في مواجهة هذه المشكلة المتفاقمة.

الا ان الاستعراض الشامل لتلك لنشاطات والانجازات والتوصيات بيّن أنها لم تكن تفي بالاهداف التي وضعتها السنة الدولية للاشخاص المعوقين، وتبين ان تحقيق هذه الاهداف يحتاج إلى فترة زمنية أطول من مجرد سنة واحدة. وعليه فقد اعلنت الفترة 1983- 1992، "**العقد الدولي للاشخاص المعوقين**"، حيث تبنى المجتمع الدولي "**برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص المعوقين،**" كوثيقة موجهة للنشاطات الدولية والحكومية، وذلك لتحقيق مجموعة من المبادىء الهادفة الى تحسين واقع الاعاقة، وتهيئة الظروف التي تحقق الحد الادنى من الكرامة الانسانية لهذه الشريحة في مجتمعها وتأكيد الحقوق العامة والخاصة للاشخاص المعوقين في مجتمع لا بد أن يكون مجتمع الجميع، وبما يخفف من تفاقم هذه المشكلة وتاثيراتها على برامج التنمية الوطنية الاقتصادية والاجتماعية (الاطار 2).

شهدت فترة العقد الدولي، العديد من النشاطات على المستويات الدولية والإقليمية والوطنية، وصدرت العديد من التوصيات والقرارات، وكان اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثامنة والأربعين وثيقة "**القواعد الموحدة بشان تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين**"، من خلال قرارها رقم (96/48) بتاريخ20 كانون الأول/ ديسمبر1993، تتويجا لنشاطات هذا العقد. تلك الوثيقة التي تمثل خلاصة التجارب المكتسبة خلال عقد الأمم المتحدة للمعوقين، رسخت قواعد عرفية تعكس

الشرعة الدولية في مجال حقوق الإنسان والمعاهدات والاتفاقيات الدولية في مجال المرأة والطفل وغيرها من المواثيق الدولية، وبحيث يكون تطبيق هذه القواعد يعكس التزاما بكافة المواثيق الدولية(الملحق1).

الاطار (2)

: مبادىء البرنامج العالمي المتعلق بالاشخاص المعوقين

المبادىء

1. **دمج خدمات الأشخاص المعوقين في التخطيط الوطني لبرامج التنمية.**
2. **تمكين الاشخاص المعوقين من المشاركة الفعالة في عملية اتخاذ القرار الخاص بواقعهم وخدماتهم.**
3. **الحد من حدوث الإعاقة من خلال برامج الوقاية والاكتشاف المبكر للاعتلال.**
4. **استحداث وتطوير خدمات ومجالات التأهيل للأشخاص المعوقين.**
5. **تعزيز فرص التكافؤ والمساواة للأشخاص المعوقين في حياة المجتمع**
6. **تشجيع ودعم إنشاء منظمات الأشخاص المعوقين.**
7. **تحسين الوعي العام وتشجيع مشاركة المجتمعات المحلية في إدارة وتسيير برامج تأهيل المعوقين.**

2- تعريفات حول مفاهيم الاعاقة

ارتبط توصيف مفهوم الإعاقة بالكثير من الغموض واللبس خلال العقود الماضية، ويعود ذلك في مجمله إلى التباين والاختلاف حول المصطلحات والتعريفات المستخدمة من المنظمات الدولية والحكومات والمتخصصين والمشرعين والأشخاص المعوقين أنفسهم وممثليهم وأسرهم، وقد يكون التصنيف العالمي للاعتلال والعجز والإعاقة الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية سنة 1980، هو البداية الحقيقية لتنظيم إجراءات الاستكشاف والتشخيص والتصنيف العلمي والمنهجي للإعاقات، وفي نهج يتسم بالدقة والنسبية في تحديد حالات الاعتلال والعجز والإعاقة.

يواجه التصنيف الدولي للإعاقات الكثير من النقد بسبب إفراطه في التركيز على المنظور المرضي في تحديد العجز وإهماله الواضح لتلك الظروف البيئية المحيطة المؤثرة في تشكيل الإعاقة، ويبدي كثير من العاملين في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين قلقهم بسبب حصر إجراءات تطبيق هذا التصنيف بالأخصائيين الطبيين المؤهلين والمدربين لإجراءات تشخيص الأمراض، إلا انه ورغم ذلك يبقى المرجع الأهم في توصيف الإعاقات وتشخيصها بمنظور علمي اقرب ما يكون إلى الدقة والموضوعية، ولا يزال الأداة الأكثر استخداما على نطاق واسع في مجالات إعادة التأهيل والتعليم والإحصاء والسياسة والتشريع والديمغرافيا وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد وغيرها من المجالات.

مهما يكن، فإن ما يهم الباحثين والعاملين في الميدان، هو الوصول إلى صيغة توفيقية لتحديد مشكلة الإعاقة وتوصيفها بطريقة سهلة ومبسطة، وبما يتيح إمكانيات المشاركة المحلية في اكتشاف الإعاقة وتوصيفها، ويمهد لتخطيط وبناء البرامج والخدمات التاهيلية المناسبة لمواجهة حاجات الأشخاص المعوقين في المجتمع.

إن جميع المصطلحات الواردة في البرنامج العالمي للعمل مع المعوقين حول الإعاقة، **تعني وضعا عاما لفئة خاصة من المجتمع**، وقد انعكس هذا المصطلح في التعريفات الواردة في التصنيف الدولي للإعاقات الصادر عن منظمة الصحة العالمية، حيث جاءت كما يلي:

أولا: الاعتلال أو الخلل Impairment :

"هو اي فقدان أو شذوذ في التركيب أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو التشريحية"، ويعني الاعتلال تشوها أو فقدانا للعضو أو تشوها أو فقدانا للوظيفة، ومن الأمثلة الواردة حول الاعتلال: كف البصر، الصمم، فقدان عين واحدة، شلل في أحد أو اكثر من الأطراف، بتر أحد أو اكثر من الأعضاء، التخلف العقلي، العمى الجزئي وصعوبات الكلام والبكم.

ثانيا: العجز Disability

"هو الحد أو فقدان القدرة (نتيجة الاعتلال) على القيام بتنفيذ النشاطات في الإطار الذي يعتبر طبيعيا للكائن البشري"؛ فالعجز هنا توصيف للمحدودية الوظيفية لتنفيذ النشاط نتيجة للاعتلال، ومن الأمثلة

المستخدمة: صعوبة الإبصار، النطق، السمع، الحركة، صعود السلالم، القبض، إمكانية الوصول للأشياء، الاستحمام، تناول الطعام واستخدام الحمام وغيرها من الوظائف المرتبطة بالحياة اليومية.

ثالثا: الإعاقة(العاهة) Handicap:

"هي وضع غير موات بالنسبة لشخص ما نتيجة الاعتلال أو العجز، مما يقيد أو يمنع أداء دور يعتبر عاديا لذلك الشخص (اعتمادا على عوامل العمر والجنس والمتغيرات الثقافية والاجتماعية الأخرى)"، فالإعاقة هنا هي توصيف للدور الاجتماعي والاقتصادي للشخص المعتل أو العاجز مقارنة بالآخرين في إطار البيئة والثقافة التي يعيش فيها.

رابعا: الوقاية من الإعاقة Prevention of Disability):

"وهي مجموعة التدابير التي ترمي إلى منع حدوث الاعتلال العقلي والجسدي والحسي (الوقاية على المستوى الأولي)، أو منع الاعتلال عند حدوثه من أن يقود إلى تبعات سلبية جسدية أو نفسية أو اجتماعية".

خامسا: إعادة التأهيل Rehabilitation)):

"وهي عملية موجهة نحو هدف ومحددة زمنيا بهدف تمكين شخص معتل من الوصول إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسدي أو اجتماعي، وبذلك يتوفر له أو لها الوسائل اللازمة لتغيير مجرى حياته أو حياتها، من خلال التدابير التي تعوض فقدان أو محدودية وظيفة (بالأدوات المعينة) والتدابير الأخرى الهادفة إلى تسهيل التكيف أو إعادة التكيف الاجتماعي".

سادسا: الفرص المتكافئة Equalization of Opportunities:

"وهي العملية التي تجعل التسهيلات العامة القائمة في المجتمع في متناول الجميع، وتشمل البيئة الجغرافية والثقافية والإسكان والمواصلات والخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية وفرص العمل والحياة الثقافية والاجتماعية بما فيها التسهيلات الرياضية والترفيهية".

سابعا: المجتمع المحلي (Local Community)

"المجتمع المحلي هو مجموعة من الناس تقطن بقعة جغرافية معينة، وتزاول نشاطات اقتصادية وسياسية ذات مصلحة مشتركة، ولها تنظيم اجتماعي وإداري يحدد طبيعة حكمها ولها قيم ومصالح وشعور وأهداف متبادلة".

3- خلفية تاريخية حول تأهيل الأشخاص المعوقين:

بالتزامن مع العقد الدولي للمعوقين 1983- 1992، شهد الميدان اهتماما متسارعا بقضايا الأشخاص المعوقين، إذ نشطت منظمات الأمم المتحدة والمنظمات الدولية غير الحكومية والحكومات والتنظيمات الأهلية والشعبية في استحداث النشاطات وبلورة الأفكار والاستراتيجيات الهادفة إلى تحسين واقع الأشخاص المعوقين. إلا أن هذا الاهتمام لم يكن مجرد انبثاق مفاجئ للتوجهات الدولية والحكومية والشعبية، بل جاء نتيجة لتلك الحصيلة المتراكمة للخبرات الهائلة عبر العصور في هذا الميدان.

شهد العالم خلال العقود الأخيرة تطورا ملموسا في التعامل مع العديد من القضايا الهامة التي تهدف إلى تحسين أسباب الحياة الإنسانية وتنظم المسؤولية العالمية في مواجهة مشكلات الفقر والديمقراطية والمساواة وحقوق الإنسان، التي تعمل في مجملها على إشاعة السلم والاستقرار وتعزيز البناء الاقتصادي والاجتماعي للمجتمعات في العديد من مناطق العالم.

لقد أفاد هذا التطور قضية الإعاقة والمعوقين، وساهم في توجيه اهتمام الباحثين والمخططين لقضية الإعاقة، وذلك لأسباب ترتبط بحجم المشكلة وتأثيراتها على برامج التنمية الوطنية، وبأن إهمالها سوف يشكل عبئا على برامج التنمية ويمثل مجالا لهدر الموارد المحلية المحدودة، وهنا يصبح الاستثمار في الإعاقة رافدا لدعم الاقتصاد وتعزيز الديمقراطية وتعميم العدالة الاجتماعية وتأكيد الحقوق الإنسانية.

تبين قراءة الكتابات القليلة المتوفرة حول تاريخ العمل مع الأشخاص المعوقين إلى أن واقع الإعاقة قد عايش سمات محددة خلال الحقب التاريخية المختلفة، وقد يكون من الصعب تحديد حقبة زمنية معينة لبداية تاريخ تأهيل الأشخاص المعوقين، إلا أن من الممكن توصيف الإعاقة عبر العصور من خلال مجموعة من المراحل، كما يلي:

أولا: التأهيل في العصور القديمة

تتسم هذه الحقبة باعتبار الأشخاص المعوقين فئة اجتماعية هامشية منبوذة ولا تستحق الحياة، وتمثل عيبا ووصمة اجتماعية. لذا لابد من استئصالها والقضاء عليها. وتشير المعلومات النادرة عن واقع المعوقين في العصور القديمة إلى انه كان ينظر إليهم باعتبارهم مسا من الشر وروح الشيطان وان الأسلوب الأمثل لتجنب هذه الشرور كان بقتلهم والتخلص منهم.

ثانيا: التأهيل في العصور الوسطى

تتسم هذه الحقبة بنوع من التعديل الإيجابي نحو الأشخاص المعوقين، إذ تشير الكتابات المنقولة عن هذه الحقبة إلى نوع من التعديل الإيجابي وذلك في مسايرة مفاهيم التسامح التي واكبت ظهور الديانات السماوية. إلا أن ذلك لم ينف استمرار ممارسات الاضطهاد والعقاب والنبذ في العديد من الثقافات، وذلك باعتبارها امتدادا لممارسات العصور القديمة.

ثالثا: التأهيل في العصور الحديثة

اتسمت هذه الحقبة بظهور التأهيل المؤسسي التقليدي، وتميزت بإنشاء المئات من مؤسسات الإيواء والرعاية للأشخاص المعوقين. ورغم واقع العزل الذي كانت تقوم عليه هذه المؤسسات المغلقة، إلا أنها توجهت الى استحداث بعض البرامج التعليمية والتأهيلية البسيطة، وكان ذلك بداية لبناء برامج التأهيل المنظم من خلال المؤسسات الخيرية الأهلية.

رابعا: التأهيل في القرن العشرين

تزايد الاهتمام برعاية وتأهيل الأشخاص المعوقين مع بدايات القرن الماضي، إذ افتتحت العديد من المؤسسات في أوروبا للقيام على تعليم وتدريب المعوقين وتقديم الخدمات الصحية والاجتماعية بشكل علمي إنساني.

تعتبر فترة ما بعد الحرب العالمية الأولى بداية الاهتمام الحكومي بتأهيل الأشخاص المعوقين وذلك استجابة للتوجه الشعبي الداعي الى مواجهة مسؤوليات الرعاية والحماية والتأهيل للمصابين والمعوقين من الجنود نتيجة العمليات الحربية، وصار تأهيل المعوقين من البرامج التي تحظى باهتمام الحكومات تقديرا لدورهم في الحرب. وتبلور هذا الاهتمام بإنشاء المؤسسات التأهيلية ودور الرعاية واستصدار العديد من التشريعات الخاصة برعاية المعوقين وبلورة القوانين الداعمة لحقوق الأشخاص المعوقين في الحياة والعمل.

تميزت سنوات ما بين الحربين العالميتين الأولى والثانية بالتدهور الاقتصادي العالمي وانعكس هذا الواقع على سائر مجالات الحياة بما

فيها خدمات الأشخاص المعوقين. حيث تفشت البطالة وتدنت فرص المعوقين في الحصول على العمل من خلال الوظائف التنافسية المحدود في سوق العمل.

جاءت الحرب العالمية الثانية لتوجد فراغا هائلا في سوق العمل بسبب التعبئة العسكرية لجميع الأفراد القادرين على القتال، وهنا كان لا بد من أن تتوفر شواغر العمل لفئات المجتمع المستثناة من القتال كالمعوقين والنساء وكبار السن، ونشطت بذلك حركة تأهيل وتدريب المعوقين لتعبئة شواغر العمل. وانتعشت معها الإجراءات الحكومية في تأهيل المعوقين خلال فترة الحرب، وبعدها، وذلك اعترافا بالدور الهام لمعوقي الحرب في تسيير عجلة الإنتاج الوطني أثناء الحرب.

شهدت فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية حركة واسعة على المستويين الحكومي والشعبي في ميدان تأهيل المعوقين وقد تبلور هذا الاهتمام في استحداث المئات من المؤسسات الطبية والتعليمية ودور الرعاية وتنشيط الدراسات والبحوث وتخصيص الميزانيات الحكومية في العديد من الدول الصناعية لبناء وتسيير مؤسسات التأهيل المتخصص لجميع الأشخاص المعوقين في مختلف الأعمار والفئات. ويمكن القول أن فترة العقدين الخامس والسادس من هذا القرن كانت الفترة الذهبية للاهتمام الحكومي بتأهيل المعوقين القائم على البناء المؤسسي في الدول الصناعية.

خامسا: التأهيل حاليا

حمل تنامي الاستحداث المؤسسي في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية معه الكثير من الإيجابيات والسلبيات، فعلى رغم إيجابية التوجه

الحكومي والشعبي لتطوير الخدمات وتأكيد حقوق الأشخاص المعوقين للاستفادة من موارد الدولة، إلا أن تقييم واقع الخدمات المؤسسية أشار إلى كثير من المشكلات التي تتعدى مجرد تقديم الخدمات التاهيلية مهما كان مستواها. بل أثار العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية. فالطبيعة "العزلية" للمؤسسة المغلقة سوف تحد من فرص المشاركة في الحياة العامة للمجتمع، إضافة إلى التكلفة الباهظة لإنشاء وتسيير هذه المؤسسات، التي تتعدى إمكانيات الموارد المتوفرة للدول الفقيرة والنامية، والحاجة إلى الكوادر عالية التدريب واقتصارها على مراكز المدن. كلها عوامل كانت تحول دون الاستفادة من خدماتها للغالبية العظمى من الأشخاص المعوقين القاطنين في الأرياف والمناطق النائية.

أكد تقييم الحقبة المؤسسية السابقة عدم كفاية وفعالية الإجراءات المتبعة، وهو ما أسس لظهور طرح جديد يقوم على مفاهيم دمج الأشخاص المعوقين وخدماتهم في البناء التنموي العادي للمجتمع، وبما يوفر للشخص المعوق فرصة الاستفادة من الخدمات القائمة بشيء من التعديل والإضافة وبما يتيح لهم إمكانيات التفاعل مع المجتمع، وبحيث تبقى الخدمات المؤسسية لتلك الفئات من ذوي الإعاقة الشديدة أو تلك المستهدفة لخدمات التأهيل المتخصص.

سادسا: تلخيص عام حول تاريخ العمل مع الأشخاص المعوقين

يقودنا العرض العام للمراحل الزمنية السابقة حول تاريخ العمل مع المعوقين منذ أقدم العصور حتى اليوم، إلى أن نظرة الازدراء والاتجاهات

العامة والسلوكيات التي تصدر عن غير المعوقين نحو الإعاقة والمعوقين كانت وما تزال هي العوامل الحاسمة في تحديد نمط الحياة للأشخاص المعوقين وتوجيه قدرهم، ومن الواضح أن بعض الاتجاهات والسلوكيات المرتبطة بمراحل زمنية سابقة ما تزال جزءا من تفكير الحاضر. وهو ما تسعى إجراءات التأهيل الحالية إلى مواجهته والحد من تأثيره في تسيير حياة مفيدة للشخص المعوق ومجتمعه، وبشكل أكثر تفصيلا، فانه يمكن تحديد ردود الأفعال لدى الناس اتجاه الأشخاص المعوقين عبر التاريخ بما يلي:

أولا: النبذ والإهمال والتخلص من الأشخاص المعوقين والقضاء عليهم.

ثانيا: عزل الأشخاص المعوقين في بيوت الرعاية المغلقة وإبعادهم عن العامة.

ثالثا: الرعاية المؤسسية وتوفير خدمات الرعاية والتأهيل لهم في بيوت معزولة.

رابعا: الدمج في البنى العادية للمجتمع وتشجيع دمج الأشخاص في الأسرة والمجتمع.

خامسا: تحقيق الذات بتدعيم جهود الأشخاص المعوقين لتطوير إمكانياتهم الكامنة.

4- الإعاقة والمجتمع:

تعتبر الإعاقة في مجملها نتاجا للنظرة الاجتماعية نحو الشخص المعوق، فمشكلة الإعاقة لا ترتبط بمحدودية القدرة العقلية أو الجسدية أو الحسية لدى الفرد المعوق بل ترتبط بالانعكاس الذي يتركه وجود الشخص المعوق لدى الآخرين، وحيث أن هذا الشخص يعيش في إطار اجتماعي يؤثر فيه ويتأثر به ويتفاعل معه، فمن المفيد التوجه إلى تعديل هذا الواقع بما يسهل إجراءات التأهيل الهادفة إلى تحقيق المشاركة الكاملة والمساواة في الحقوق والواجبات وتطوير مفاهيم صحية للتكيف النفسي والاجتماعي لكل من الفرد المعوق ومجتمعه.

يعني مفهوم الإعاقة أنه نقص في القدرة عن ما يفترض انه عادي في الحياة، إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة عدم القدرة أو العجز الكلي عن تنفيذ المتطلبات المرتبطة بدور ما، وذلك اعتمادا على ما يمكن أن تقوم به القدرات التعويضية لدى الشخص، التي يمكن تطويرها بإجراءات التأهيل الناجح. حيث تقوم منهجية التأهيل في المجتمع المحلي على تعزيز دور ومسؤوليات المجتمع الذي يعيش فيه الشخص المعوق كي يتكيف مع خصوصية الحاجة لدى هذا الشخص. وهنا فان منهجية التأهيل المجتمعي ذات اتجاهين متقابلين يتوجه أحدهما نحو الفرد المعوق بينما يتوجه الآخر نحو المجتمع، فالشخص المعوق ليس هدفا للتأهيل بعيدا عن الواقع والمجتمع الذي يعيش فيه.

ذكرنا فيما سبق أن المجتمع المحلي للشخص المعوق يمثل المجال الأهم لتحقيق الدمج والمشاركة والتفاعل بمعناه الواسع، والمجتمع المحلي

اكبر من مجرد المحيط الضيق الذي يعيش فيه الفرد، بل يتسع ليشمل الإطار العام للأسرة والمجتمع الذي ينتمي إليه، وكلما اتسعت دائرة التماس التفاعلي بين الشخص المعوق ومحيطه، أمكن تحقيق درجة اشمل من الدمج، بما يعود بالفائدة على الشخص المعوق ومجتمعه على السواء.

الفصل الثاني

المنهجية البديلة:
" التأهيل في المجتمع المحلي "

الفصل الثاني

المنهجية البديلة: "التأهيل في المجتمع المحلي"

1- تقديم حول المفهوم

لم تكن الصورة مشجعة في الدول النامية كما حدث في الدول الصناعية في القرن الماضي، بسبب نقص الموارد وتدني التقنية والمؤهلات، باستثناء بعض التسهيلات المتوفرة لفئة اجتماعية ميسورة، وذلك من خلال بعض المراكز المنتشرة في المدن الكبيرة التي لم تكن تفي بالحاجة من حيث الكم والنوع والمكان.

أشار تقييم واقع خدمات التأهيل في كل من الدول الصناعية والدول النامية في منتصف سبعينيات القرن الماضي إلى تدن واضح في مستوى الخدمات القائمة، وهو ما استدعى ضرورة البحث عن البدائل المناسبة. فعلى رغم الميزانيات الضخمة المخصصة لإنشاء وتسيير المؤسسات في الدول الصناعية، فإنها لم تستطع أن توفر الأماكن لجميع الباحثين عن خدمات التأهيل، إضافة إلى كونها إطارا يعزز العزل من خلال برامجها التي لا تسهل إمكانيات التفاعل بين الشخص المعوق وبيئته، بينما تمثلت مشكلات التأهيل في الدول النامية في نقص الموارد المادية والبشرية ومحدودية المراكز وتمركزها، إن وجدت، في المدن الكبيرة.

وهنا، كانت هذه المشكلات في كل من الدول الصناعية والنامية هي نقطة الالتقاء لضرورة البحث عن بديل تبلورت أسسه في

النصف الثاني من السبعينيات من خلال تقييم الواقع بجوانبه ومشكلاته المختلفة، حيث ظهرت منهجية "**التأهيل في المجتمع المحلي**" التي تقوم على مبادئ المشاركة والمساواة والتفاعل والدمج من خلال الاستثمار الفعال للموارد والإمكانيات المحلية كمرتكزات أساسية في مواجهة حاجات التأهيل للأشخاص المعوقين في المجتمع، وكان استحداث هذه المنهجية أحد أهم انجازات العقد، كإستراتيجية عالمية في مواجهة الحاجات وتأكيد الحقوق للأشخاص المعوقين في مجتمعهم.

2- الفلسفة الأساسية لمفهوم التأهيل في المجتمع المحلي :

تقوم فلسفة التأهيل في المجتمع المحلي على مبدأ إدماج الشخص المعوق في مجتمعه، باعتبار ذلك أفضلية تفوق استحداث التدابير الخاصة والخدمات المؤسسية التي تقوم على العزل وتقليل فرص التفاعل الضروري ما بين الشخص المعوق وبيئته المحلية.

بناءا على خبراتها التطبيقية التجريبية في العديد من الدول، أصدرت منظمة الصحة العالمية سنة 1990 الدليل التدريبي" **تدريب المعوقين في إطار المجتمع**"، إلا انه وكغيره من الأفكار والمنهجيات المستحدثة، تعرض المفهوم لكثير من النقد والتشكيك، وكان مجالا للنقاش بين مؤيد ومعارض، إلى أن تبنت مجموعة من منظمات الأمم المتحدة المتخصصة هذه المنهجية سنة 1994، عندما اجتمعت منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة "يونسكو"، وخرجت ببيان "موقف مشترك" حول مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي، يؤكد تبني المفهوم واعتماده كأحد الاستراتيجيات الأساسية في مواجهة حاجات تأهيل المعوقين في المجتمع، وأكدت التزامها ببناء إطار من التعاون والتكامل في تنفيذ البرامج في الدول التي تختار المنهجية المجتمعية. وقد طرحت الورقة العديد من الأفكار والموجهات التي يمكن اعتمادها في العمل الوطني والدولي في هذا الميدان، (الملحق 2).

3- نظام ايتاء الخدمات في برنامج التأهيل المجتمعي

قبل الشروع في تفصيل نظام تقديم خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في إطار برنامج التأهيل المجتمعي، قد يكون من المفيد أن نعرض بشيء من الإيجاز كلا من النظامين التقليدي المؤسسي (Institutional) والامتدادي (Out-reach)، لما يمكن أن يفيد هدف المقارنة بين مختلف الأنظمة المستخدمة في إيتاء الخدمات التاهيلية للأشخاص المعوقين.

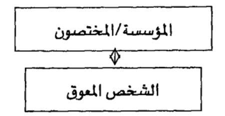
اولا: نظام الخدمات المؤسسية" النظام المغلق"

يقوم هذا النظام على تقديم الخدمات المخططة مسبقا والمحددة في أهداف إنشاء المركز أو المؤسسة، وغالبا ما يتم استحداث المؤسسة دون تحليل واقعي يحدد أولويات الاحتياجات ونوعية الخدمات المطلوبة ودون استشارة الفئات المستهدفة لهذه الخدمات، حيث يكون القرار فوقيا وصادرا عن المخططين الحكوميين أو المتخصصين بشكل حصري.

ومن الأمثلة القائمة لهذا النظام تلك المعاهد الحكومية والخاصة المنتشرة في مراكز المدن لتقديم خدمات التأهيل المؤسسي في إطار عزلي مغلق كمعاهد التربية الخاصة للمتخلفين عقليا ومعاهد تعليم الصم أو المكفوفين ومراكز المعوقين جسديا وغيرها من المؤسسات التي يقصدها المعوقون للاستفادة من خدماتها النهارية أو يقيمون فيها ليتلقوا خدمات التعليم أو العلاج أو الرعاية والإيواء أو خدمات التدريب المهني والتشغيل المحمي، وعادة ما يقوم على توفير مثل هذه الخدمات مجموعة من

المتخصصين والفنيين المؤهلين للعمل مع فئات الإعاقة وحاجاتها المختلفة، ويوضح الشكل (1) هذا النمط المؤسسي لإيتاء خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين.

شكل (1) نظام إيتاء الخدمات التقليدي (المؤسسي)



مع الاعتراف بأهمية الخدمات التي توفرها مثل هذه المؤسسات لفئات معينة محظوظة من الباحثين عن خدمات التأهيل، إلا أن القدرة الاستيعابية لهذه المؤسسات لا يمكنها أن توفر خدماتها لكافة الباحثين والمحتاجين لخدمات التأهيل. وتشير التقديرات إلى أن هذه المؤسسات لا يمكن أن تستوعب في أحسن الظروف أكثر من 5٪ من الأشخاص المعوقين المحتاجين لخدمات التأهيل، وهنا تبرز المنافسة، حيث تصبح خدماتها محصورة بمن تمكنهم إمكانياتهم المادية من دفع تكاليف هذه الخدمات، أو لأولئك الذين يمكنهم الوصول إليها من القاطنين في مراكز المدن، هذا مع العلم أن الدراسات الصادرة عن الأمم المتحدة تشير إلى أن ما نسبته 80٪ من الأشخاص المعوقين، يعيشون في المناطق الريفية البعيدة عن الخدمات التنموية الأساسية بما فيها خدمات التأهيل.

يشير تقييم واقع خدمات التأهيل المؤسسي في البلدان الصناعية والنامية معا إلى كثير من المشكلات التي تكتنف طبيعة عمل هذه

المؤسسات، فبالإضافة إلى محدودية قدرتها الاستيعابية، فإنها تواجه العديد من الصعوبات الفنية والمالية للإبقاء على خدماتها لتلك الأعداد المحدودة، حيث تنقصها الكوادر المدربة والأجهزة والمعدات ووسائط النقل والأدوات اللازمة للتأهيل الذي عادة ما يمكن تصنيفه بالخدمات المكلفة. وإذا كان هذا هو الحال في الدول الغنية التي تملك أنظمة الحماية الاجتماعية، فان الوضع يزداد سوءا بالنسبة للدول الفقيرة التي تصارع أولويات التنمية لديها في ظل إمكانياتها المحدودة.

تثير الطبيعة العزلية المغلقة لمؤسسات التأهيل التقليدي تساؤلا حول الناتج الذي يمكن أن توفره هذه المؤسسات على طريق تأهيل الشخص المعوق ودمجه في المجتمع، فواقع العزل بدعوى خصوصية حاجاته التاهيلية بعيدا عن الأسرة والمجتمع، لا بد أن يثير مشكلات نفسية واجتماعية حادة قد تزيد في خطورتها وأهميتها على المدى البعيد عن حاجته إلى الإجراءات التاهيلية المتخصصة، ليس اقلها الإحساس بالحرمان الأسري والنبذ والدونية وتعزيز مفهوم الوصمة لديه ولأسرته.

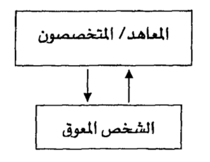
يرتبط تطبيق منهجية التأهيل المجتمعي بإثارة تساؤلات حول جدوى استحداث المؤسسات والمعاهد الخاصة لتأهيل الأشخاص المعوقين، ويصل هذا إلى الحد الذي يوجه فيها الاتهام للمنهجية بأنها تدعو إلى إغلاق جميع المؤسسات القائمة، بدعوى عدم فاعليتها وطبيعتها وعدم قدرتها على توفير خدمات التأهيل لجميع الباحثين والمحتاجين. والجواب بالتأكيد ينفي مثل هذا التوجه، بل بالدعوة إلى تعزيز وتنظيم المشاركة الحكومية والأهلية في توفير خدمات التأهيل بمستوياتها المختلفة للغالبية

العظمى من الأشخاص المعوقين في المجتمع. وأن تتطور المؤسسات التاهيلية القائمة لتكون مراكز تحويلية لخدمات التأهيل المتخصص التي لا يمكن توفيرها من خلال البرنامج المحلي، بما تتضمنه من نشاطات تدريب العاملين والمتطوعين المحليين حول مختلف إجراءات ونشاطات التأهيل، وتوفير الأجهزة والأدوات والمواد التدريبية والتأهيلية، والمساهمة في توعية وتنظيم المجتمعات المحلية وتشجيع إمكانيات دمج الأشخاص المعوقين وخدماتهم في برامج المجتمع العادية.

ثانيا: نظام الخدمات المؤسسية الامتدادية" الجوالة"

يقوم هذا النظام على أن يتوجه المتخصص في المعهد أو المؤسسة إلى منزل الشخص المعوق لتقديم الخدمات التاهيلية في المنزل، ويمكن تحويله إلى أحد المؤسسات المتخصصة إذا كان ذلك ضروريا"، كما هو موضح أدناه.

شكل (2) نظام إيتاء الخدمات الامتدادية (الجوالة)



هناك العديد من الأمثلة التي يتم تطبيقها حاليا في مجال الخدمات الامتدادية وعادة ما يطلق عليها بطريقة خاطئة بأنها "تأهيل مجتمعي"، فالخدمات الامتدادية تبدأ بالاعتراف أن هناك العديد من مشكلات

التأهيل التي تحتاج إلى متابعة ميدانية، والتي يصعب إيجاد الحلول الملائمة لها في إطار مؤسسة التأهيل مما يستدعي إيجاد الحلول لها من خلال الامتداد والتواصل مع الأسرة والمجتمع. ومثال ذلك نشاطات تدريب الأسرة على الأنشطة الحياتية اليومية والدمج المدرسي والبحث عن العمل وتشجيع النشاطات الاجتماعية. وهنا يقوم المتخصص بزيارة الأسرة ومناقشة أفضل الحلول مع أعضاء المجتمع المحلي بما يقود إلى تنظيم برنامج تدريبي للمعوق في المجتمع كإجراء مفضل على التدريب داخل المؤسسة.

ما من شك أن خدمات التأهيل الامتدادية هي إجراء مكلف فيه الكثير من الهدر لجهود المتخصصين في متابعة حالات فردية كان من الممكن أن يتم استثمار جهودهم في تقديم الخدمات التاهيلية لأعداد أكبر داخل المؤسسة. من هنا توجهت العديد من مؤسسات الخدمات الامتدادية إلى منهجية التأهيل المجتمعي والمبادرة إلى بناء جسور من التعاون مع الخدمات التنموية القائمة في المجتمع لتحديد النشاطات التي يمكن من خلالها تقديم التأهيل في إطار مجتمعي. إلا أن ذلك أيضا يبقى مجرد نشاطات لا ترتبط مباشرة بمفهوم التأهيل المجتمعي الحقيقي إذا لم تقم على المشاركة المحلية في التخطيط والإدارة والتسيير.

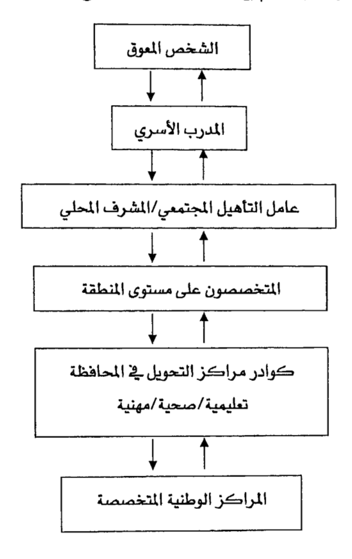
ثالثا: نظام إيتاء الخدمات في إطار منهجية التأهيل المجتمعي

يقوم نظام إيتاء الخدمات في برنامج التأهيل المجتمعي على مبدأ تحديد الاحتياجات التاهيلية للأشخاص المعوقين في المجتمع ومواجهتها من خلال الموارد والجهود المحلية، وفي إطار من التعاون والتنسيق

والتكامل مع مصادر التحويل المتخصص الخارجي. وعادة ما يبنى البرنامج المجتمعي اعتمادا على الخبرات المحصلة في بيئات أخرى، والعمل على تعديلها ومواءمتها بما يتوافق مع التركيب الاجتماعي والثقافي لمجتمع التطبيق المستهدف.

يعتمد نظام إيتاء الخدمات في برنامج التأهيل المجتمعي على التكنولوجيا العفوية التي يقدمها المجتمع المحلي، وكذلك بالاعتماد على النتائج الإيجابية للمشروعات التنموية الأخرى القائمة في المجتمع التي قامت على مبدأ التعلم من الناس. وهنا تدلنا خبرات التطبيق على استحالة تبني نموذج معياري محدد في بناء نظام لإيتاء الخدمات في برنامج التأهيل المجتمعي وذلك انطلاقا من القناعة بتأثير الفوارق القائمة بين مختلف الثقافات والمجتمعات. إلا أن ذلك لا يمنع اعتماد بعض المؤشرات الموضوعية كمرجعيات عامة في تصميم نظام لإيتاء الخدمات التاهيلية في برنامج التأهيل المجتمعي، كما هو موضح أدناه (شكل 3).

شكل (3) نظام إيتاء الخدمات في برنامج التأهيل المجتمعي



يقوم الأساس المرجعي لنظام إيتاء الخدمات في برنامج التأهيل المجتمعي على مشاركة الأسرة وتدريبها على كيفية مواجهة الحاجات التاهيلية الأساسية للشخص المعوق في نطاق العائلة. فالمدرب الأسري هو العنصر الأهم في إنجاح إجراءات التأهيل المجتمعي، إذ يقوم البرنامج على تزويد المدرب الأسري بالمعلومات والتعليمات الأساسية الضرورية من خلال عامل التأهيل المجتمعي والمشرف المحلي للبرنامج.

من المهم التأكيد هنا أن برنامج التأهيل المجمعي ليس نموذجا قابلا للنسخ وإعادة التطبيق من مجتمع إلى آخر، بل لا بد أن يقوم على نسيج متفرد يعكس خصوصية المجتمع المستهدف بما تشمله من القيم والتقاليد والسلوكيات السائدة والإمكانيات والموارد البشرية والمادية المتاحة لذلك المجتمع.

من المهم أن لا ينظر للتأهيل في المجتمع المحلي باعتباره نشاطا ثانويا تتحدد إجراءاته حصرا بالمستوى المحلي، فمثل هذه النظرة تتناقض مع أهداف البرنامج الذي يسعى إلى تأكيد حقوق المعوقين قبل تقديمها لهم، في الحصول على خدمات التأهيل من المصادر والمستويات المختلفة. وعادة ما يتحقق ذلك بتفعيل أدوار المشاركة القطاعية بمستويات أطرها المختلفة، من خلال إجراءات التحويل التي تقوم على سياسة حكومية واضحة لتحديد الأدوار وتعزيز المشاركة وتنسيق الجهود على المستويات المختلفة المحلية والإقليمية والوطنية. وسوف يعرض هذا الكتاب فصلا خاصا حول موضوع التكامل القطاعي في إيتاء خدمات تأهيل المعوقين. وتاليا تفصيل مبسط للفرق بين التأهيل التقليدي والتأهيل المجتمعي (الجدول 1).

جدول (1): استراتيجيات إيتاء خدمات التأهيل للأشخاص المعوقين

النظام التقليدي	نظام التأهيل في المجتمع المحلي
يقدم الخدمات الجاهزة	يقوم على تحديد الحاجات
يقرر من الخارج	يقوم على المشاركة في اتخاذ القرار
أحادي المستوى	بمشاركة مختلف المستويات
خدمات مركزية في المعاهد أو خدمات جوالة	تبدأ في المجتمع وتعتمد التحويل للخارج
أحادية القطاع في نوع الخدمات المقدمة	تعتمد التكامل مع مختلف قطاعات الخدمات
ذات توجه عزلي	تعتمد مبدأ الدمج في العادة
باهظة التكاليف	تتكيف مع الموارد المتوفرة
أعداد المستفيدين محدودة	مفتوح العدد لجميع المعوقين
تقوم على التخصصية العالية	تطوير مهارات للجميع

4- الكوادر الأساسية في برنامج التأهيل المجتمعي

تعتبر منهجية التأهيل في المجتمع المحلي إطارا لتكاتف مختلف الجهود والأدوار بمستوياتها المختلفة الوطني والوسيطي والمجتمعي، في مواجهة حاجات تأهيل الأشخاص في المجتمع، وعلى رغم أن المجتمع المحلي الذي يعيش فيه الشخص المعوق يتحمل القسط الأوفر من مسؤوليات تنفيذ نشاطات البرنامج على المستوى المحلي، إلا أن نجاح المنهجية المجتمعية يرتبط بتفعيل أدوار المشاركة في مختلف المستويات والقطاعات التنموية الرسمية والأهلية، بما يضمن للمنهجية المجتمعية أن تكون جزءا من السياسة الحكومية في التخطيط والتنفيذ والتطوير.

مما سبق، واعتمادا على التنظيم الحكومي في تطوير منهجية التأهيل المجتمعي على المستوى الوطني، فان قائمة الكوادر المشاركة في البرنامج قد تمتد لتشمل سائر القطاعات والمستويات والبرامج القائمة على العمل العام في الدولة، بما فيها المراجع الحكومية التشريعية والقانونية ولجان التنسيق الوطنية والوسيطية والمجتمعية، ومؤسسات التحويل المتخصص ومنظمات الدعم الفني والمادي الأهلية والدولية وقطاعات الخدمات التنموية بمستوياتها ومرجعياتها المختلفة ويهمنا هنا أن نتوقف أمام أدوار العناصر الأساسية المشاركة في بناء وتطوير برنامج التأهيل المجتمعي على المستوى المحلي.

أولا: اللجنة المحلية

تتحدد مهام اللجنة المحلية في نظام وأهداف إنشائها، وعادة ما تعكس التوجهات الاجتماعية العامة للمجتمع، ويرتبط دورها أساسا في

تمثيل المجتمع المحلي وتعبئته لتخطيط وبناء برنامج تتوجه نشاطاته نحو تحسين فرص الحياة للأشخاص المعوقين في مجتمعهم.

يجد المخططون أنفسهم في مواجهة السؤال الحاسم عند البدء بالتفكير باستحداث برنامج التأهيل المجتمعي حول الأسلوب الأمثل لبناء برنامج يحقق أهداف المشاركة والدمج للأشخاص المعوقين وخدماتهم في مجتمعهم، ويساهم كذلك في تعزيز دور المعوق والأسرة والمجتمع في تخطيط وتسيير النشاطات، وفي إطار يؤكد استقلالية القرار المحلي عن سلطة التأثير الخارجي الإداري والفني، ويدعم تطوير علاقات مهنية متكافئة مع مصادر التحويل والدعم الخارجي.

يعتمد تقييم نجاح منهجية التأهيل المجتمعي على قدرة البرنامج على تحقيق التوازن الذي يحافظ على هوية البرنامج المرتبط بجذوره داخل المجتمع، ويعمل في نفس الوقت على تطوير علاقات تكاملية منفتحة مع العالم الخارجي لمواجهة حاجات التأهيل والدعم الفني والمادي اللازمة وخاصة تلك التي تتعدى إمكانيات وموارد المجتمع المحلي.

ضمن هذا التوجه، قد يكون من المهم أن تتضمن المرحلة التحضيرية تشكيل اللجنة المحلية من مجموعة من الأشخاص الممثلين لمجتمعهم في قيادة البرنامج والإشراف على تسيير نشاطاته، ومن المهم أن تضم اللجنة في عضويتها أشخاصا من المعوقين وأولياء أمورهم، إضافة إلى بعض الشخصيات التي تحظى بالتقدير والاحترام والثقة من باقي أفراد المجتمع كرجال الدين والوجهاء والمتعلمين والأطباء والتجار وغيرهم ممن يتمتعون بأدوار قيادية في اتخاذ القرارات العامة. وفي الإطار(3) تلخيص للمهام الأساسية للجنة المجتمع المحلي.

الإطار (3)

المهام الأساسية للجنة المحلية لبرنامج التأهيل المجتمعي

مهام اللجنة المحلية في برنامج التأهيل المجتمعي

1. تمثيل المجتمع المحلي في تخطيط وإدارة البرنامج.
2. استقطاب الجهود التطوعية نحو حاجات المعوقين.
3. اختيار قائد البرنامج وعاملي التأهيل المجتمعي.
4. التنسيق مع جهات الدعم المحلي والخارجي.
5. التمثيل القانوني لخدمات المعوقين في المجتمع كالجمعيات والأندية.
6. تفعيل دور المجتمع في مواجهة حاجات المعوقين.
7. تخطيط المشاريع الإنتاجية للمعوقين والبرنامج.
8. حماية حقوق المعوقين في الحياة العامة في مجتمعهم.
9. تحسين فرص دمج خدمات المعوقين في البرامج التنموية القائمة.
10. القيام بحملات التوعية واستقطاب أوجه الدعم المادي من المصادر المحلية والخارجية.
11. تعديل البيئة الجغرافية لتسهيل إمكانيات استفادة المعوقين من الخدمات القائمة وتسهيل التنقل والدمج.
12. أية نشاطات أخرى تراها اللجنة لصالح المعوقين .

ثانيا: المشرف المحلي:

تقوم اللجنة المحلية باختيار أحد الأشخاص المؤهلين من المجتمع المحلي لقيادة وتنظيم البرنامج، ومساعدة اللجنة المحلية في التخطيط والتسيير، ويحدث في بعض المجتمعات أن لا تتوفر الكفاءات البشرية المناسبة لدور المشرف المحلي من داخل المجتمع. وهنا، وحرصا على نجاح البرنامج في مرحلته الأولى، فقد يتم تعيين شخص مؤهل من خارج المجتمع، وهنا ينبغي التأكيد على أن يكون هذا الاختيار الخارجي لفترة محددة، على طريق تطوير القدرات المحلية في مجالات التخطيط والإدارة والإشراف والتنفيذ والتقييم لنشاطات البرنامج على المدى البعيد.

غالبا ما يحدث خلط في فهم الدور المنوط بالمشرف المحلي، فاللجنة المحلية هي الإطار الإداري لكل ما يتعلق بعملية اتخاذ القرار وتنفيذ نشاطات البرنامج وعلاقته بالعالم الخارجي، أما المشرف المحلي فهو عامل التغيير لتفعيل دور المجتمع واللجنة المحلية نحو تحسين ظروف المعوقين في المجتمع، وهو المسئول عن تنفيذ نشاطات البرنامج وتوفير المعلومات والرجوع إلى اللجنة المحلية في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالتطوير والاتصال الخارجي.

يتم اختيار المشرف المحلي من بين العاملين في المجال الاجتماعي أو التربوي والمهني، بالتنسيق بين اللجنة المحلية والمسئول الحكومي (المنسق الوطني الحكومي للتأهيل المجتمعي)، ويكون الاختيار لشخص تتوفر فيه الكفاءة والاستعداد والرغبة في مساعدة الآخرين والقدرة على إحداث التغيير، وممن يتميزون بالقدرة على الإقناع واستقطاب الجهود

المحلية، وملتزما بمبدأ المشاركة كأسلوب تنموي يعزز الديمقراطية والمساواة في اتخاذ القرار.

ليس من الضروري أن يكون المشرف المحلي أخصائيا في مجال إعادة التأهيل أو التنمية الاجتماعية، وإنما يتصف بالقابلية للتدرب وكسب المعرفة، لإعداده وتدريبه ليكون مرجعية معرفية ومهنية للأشخاص المعوقين وأسرهم والعاملين والمتطوعين المحليين واللجنة المحلية والمجتمع، فيما يتعلق بإجراءات وأهداف ومجالات تأهيل المعوقين بمنظورها الشامل.

يتم اختيار المشرف المحلي من أولئك المؤهلين العاملين في المجتمع المحلي، وعادة ما يخضع هذا الاختيار للعديد من المعايير والميزات، منها تقبل المجتمع وثقته وتفهمه لظروف المجتمع وإمكانياته وحاجاته وأولوياته، وقدرته على استقطاب المشاركة المحلية نحو نشاطات البرنامج من المصادر المحلية المعروفة لديه داخل المجتمع، هذا إضافة إلى ما يمكن أن يمثله اختيار شخص محلي من تأكيد مبدأ استثمار الموارد البشرية المتوفرة في المجتمع.

ترتبط مهام المشرف المحلي لبرنامج التأهيل المجتمعي بقائمة مفتوحة من النشاطات والمسؤوليات، فهو يقوم بدور محوري في كل ما يتعلق بنشاطات البرنامج وعلاقاته بالداخل والخارج، وغالبا ما يتحدد نجاح البرنامج أو فشله بمدى فعالية دور المشرف المحلي في توجيه البرنامج نحو تحقيق أهدافه، وعلى الرغم من صعوبة حصر وتحديد المهام المنوطة بالمشرف المحلي، إلا أن خبرات التطبيق تدلنا أنها تتضمن المهام المشار إليها في الإطار(4).

الإطار (4)

المهام الأساسية للمشرف المحلي

- تنمية وعي المجتمع نحو مشكلة الإعاقة.
- تطوير اتجاهات المشاركة في مواجهة مشكلات الإعاقة.
- توصيف مشكلة الإعاقة في المجتمع وتحديد حاجاتها الملحة.
- تقييم الموارد المحلية ووسائل استثمارها في مجال الإعاقة.
- تدريب المتطوعين المحليين وتنظيم وتوجيه نشاطاتهم.
- تنسيق جهود البرامج التنموية المحلية لصالح المعوقين.
- مساعدة اللجنة المحلية في تحقيق أهداف البرنامج.
- بلورة التوصيات المناسبة لدمج المعوقين في حياة المجتمع.
- عقد الندوات التثقيفية الهادفة إلى تحسين اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة والمعوقين.
- تنظيم الدورات التدريبية للعاملين والمتطوعين والأمهات حول إجراءات تأهيل المعوقين.
- الإشراف على التسيير اليومي لنشاطات البرنامج.
- التنسيق مع جهات التحويل الخارجي لتوفير التأهيل المتخصص.
- تنظيم الندوات واللقاءات مع أصحاب العمل لتوفير فرص التدريب والتوظيف للمعوقين.
- الإشراف على تنظيم ملفات وسجلات المركز وملفات المعوقين.
- تقديم المقترحات حول مشروعات توليد الدخل للبرنامج والمعوقين.
- الإشراف على تنظيم النشاطات المفتوحة للبرنامج.
- إعداد جدول الإعمال لاجتماعات اللجنة المحلية وتقديم المقترحات حول نشاطات تطوير البرنامج
- أية مهام أخرى لصالح البرنامج.

يرتبط المشرف المحلي لبرنامج التأهيل المجتمعي بعلاقات مهنية وتنسيقية مع السلطات المحلية والبرامج التنموية التعليمية والصحية والمهنية وغيرها من البرامج والهياكل الرسمية والأهلية القائمة في المجتمع، وذلك لتطوير إمكانيات التعاون والمشاركة العامة في مواجهة حاجات تأهيل الأشخاص المعوقين.

يعتبر المشرف المحلي أحد أهم العناصر المشاركة في إنجاح إجراءات التأهيل في المجتمع المحلي، فإضافة إلى دوره في تزويد العاملين والمتطوعين المحليين بالمعلومات الفنية حول نشاطات البرنامج، فهو يلعب دورا محوريا في تنسيق الجهود المحلية وتحليل المشكلات وتقديم الحلول المناسبة لها، والمساهمة في تنظيم المجتمعات وتشكيل اللجنة المحلية وتدريبها وغيرها من النشاطات المتضمنة في بناء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي.

وهكذا ونظرا لأهمية دور المشرف المحلي في متابعة تطوير البرنامج، فان من المهم أن تتوفر له/لها أسباب النجاح بالتدريب المناسب من خلال المتخصصين والمهنيين داخل المجتمع وخارجه. وعادة ما يقوم بهذا الدور المنسق الوطني للبرنامج أو مسئول المنطقة التي يتبع لها البرنامج وبمشاركة المتخصصين الآخرين.

ثالثا: العاملون والمتطوعون المحليون

يعتمد برنامج التأهيل المجتمعي على مبادرة المجتمع نفسه، ويقوم البرنامج على الجهود والمصادر التي يقدمها المجتمع المحلي في تحقيق أهدافه وتنفيذ نشاطاته، وبما يحقق الكفاية والاستقلالية والاستمرارية

للبرنامج على المدى البعيد. وعليه فإن العمل التطوعي يصبح عنصرا أساسيا في بناء وتطوير البرنامج. وغالبا ما تمثل الجهود المحلية التطوعية في المراحل الأولى لاستحداث البرنامج، الرافد الوحيد والركيزة الأساسية في تنفيذ النشاطات.

هناك الكثير من الايجابيات والمحاذير في مبدأ الاعتماد على المتطوعين واستخدامهم في البرنامج المجتمعي، فما من شك أن وجودهم واستمرارهم، يمثل موردا أساسيا للبرنامج المحلي، وهذا في حد ذاته دليل على التوجه الايجابي للمجتمع نحو مسؤولية المشاركة في تطوير خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في المجتمع. إلا انه لا يمكن الاعتماد على المتطوعين في بناء نهج يقوم على الفعالية والاستمرارية، حيث تشير خبرات العمل مع المتطوعين أن غالبيتهم يفتقدون إلى المهارات الأساسية لتنفيذ النشاطات ولم يتوفر لهم التدريب الكافي، وهو ما يشكل عبئا على البرنامج في تدريبهم للقيام بأدوار قد لا يستمرون فيها، وتدلنا خبرات التطبيق أن الكثير من المتطوعين يتقدمون إلى البرنامج وهم يحملون أهدافا معينة، يسعون إلى تحقيقها، كالحصول على الوظيفة أو الحافز المادي، وقد يتوقفون في أي لحظة إن لم تتحقق أهدافهم، وهذا ما يمكن أن يقود البرنامج إلى مواقف خطيرة.

تدل خبرات التطبيق إلى أن البرنامج المجتمعي يمكن أن يكون ميدانا لجذب الجهود التطوعية لمختلف شرائح المجتمع، وعادة ما تتحدد المهام التطوعية للمشاركين حسب إمكانياتهم وقدراتهم ورغباتهم للمساهمة في دعم البرنامج وتطويره، ويوضح (الإطار 5)، نماذج لتلك

الفئات التي يمكنها المشاركة بجهودها التطوعية في تنفيذ وتسيير نشاطات البرنامج.

لقد نجحت تجربة التطوع في العديد من البلدان النامية، وتشير التجارب إلى حالات كان قد استمر فيها العمل التطوعي لسنوات عديدة، فيما تشير تجارب أخرى إلى مواقف لم يستمر فيها المتطوعون إلا أياما أو أسابيع. وتقودنا خبرات التطبيق في بيئتنا العربية إلى أمثلة كثيرة ناجحة، لمتطوعين ومتطوعات في البرامج المجتمعية القائمة في الأردن وفلسطين وسوريا، وقد امتد استمرارهم في البرنامج إلى خمسة عشر عاما وبشكل متواصل. وتشير التجربة أيضا إلى التزام العناصر النسائية في العمل التطوعي، أكثر مما هو الحال عند الذكور. ويرجع هذا في مجمله، إلى طبيعة الدور المنوط بالذكور في ثقافتنا العربية، نحو مسؤولية بناء الأسرة والالتزامات الاجتماعية الأخرى، وهو ما لا يمكن تحقيقه في عمل تطوعي، لا يوفر مردودا ماديا كافيا لمواجهة مثل هذه الالتزامات.

الإطار (5)

المتطوعون المحليون ومهامهم في برنامج التأهيل المجتمعي

- **أفراد العائلة:**
توفير التدريب الأساسي لنشاطات التأهيل في البيت.

- **عاملو التأهيل المجتمعي:**
المساهمة بجهودهم في تنفيذ النشاطات اليومية للبرنامج.

- **المعلمون:**
تحسين إمكانيات دمج المعوقين في المدرسة.

- **أعضاء المجتمع الآخرين:**
توفير فرص التدريب والتشغيل للأشخاص المعوقين أو للمساهمة بخبراتهم وجهودهم في تحسين واقع المعوقين الصحي والاجتماعي والحياتي.

- **أعضاء اللجنة المحلية:**
إدارة وتخطيط وتسيير البرنامج وتوفير الموارد المحلية المادية والبشرية، والتنسيق والمتابعة مع جهات الدعم الداخلي والخارجي.

- **الأشخاص المعوقون وأسرهم:**
تحفيز مشاركة المجتمع المحلي لدعم البرنامج من خلال أدوارهم الريادية.

- **وجهاء المجتمع وأصحاب النفوذ:**
تحفيز الحكومة وجهات الدعم الفني والمادي لصالح البرنامج.

- **رجال الدين والمرجعيات الدينية والروحية في المجتمع:**
تعزيز التضامن والتكافل نحو العمل العام لدعم أهداف البرنامج.

من الواضح أن هناك تلازم عضوي بين الجهود التطوعية المحلية وبرامج التنمية الاجتماعية بشكل عام، وتأهيل الأشخاص المعوقين بشكل خاص، ولا يرتبط ذلك بالجهود والمساهمات المقدمة من المتطوعين، بل بأهمية الانتماء للمجتمع والحرص على إنجاح برامجه باعتبارها تعبير عن التكافل والمسؤولية المشتركة في تحسين الواقع، وبحيث يصعب تقييم نجاح برنامج التأهيل المجتمعي، إلا في إطار الجهود والمداخلات التطوعية لأفراد المجتمع، باعتبارها الروافد الحقيقية والفعالة لتطور البرنامج واستمراريته، وباعتبارها التعبير الصادق عن فهم المجتمع وتقبله للمشاركة في مواجهة مشكلات الإعاقة، والمساهمة في إيجاد الحلول المناسبة لمواجهتها، والتخفيف من حدتها على الشخص المعوق وأسرته والمجتمع.

تعتبر المهام والنشاطات التي يقوم بها المتطوعون في برنامج التأهيل المجتمعي ذات طبيعة مفتوحة، وتختلف هذه المهام وفق الخبرة والمهارة والرغبة لدى المتطوع. ويمكن أن تتطور مهام المتطوعين في إطار استمرارهم في البرنامج، اعتمادا على تنمية المهارات التي يوفرها البرنامج للعاملين والمشاركين في أنشطته. وفيما يلي نماذج من النشاطات والمهام التي يمكن أن تكون مجالا لمشاركة المتطوعين في برنامج التأهيل المجتمعي (الإطار 6).

الإطار (6)

المهام الرئيسية للمتطوعين في برنامج التأهيل المجتمعي

- تنمية الوعي لدى أفراد المجتمع نحو العمل العام والمشاركة.
- المشاركة الميدانية في دراسة مشكلة الإعاقة واكتشافها.
- جمع المعلومات الخاصة بالإعاقة في المجتمع وتنظيم البيانات.
- المساهمة في تحسين وتعديل البيئة المحلية لحاجات المعوقين.
- المساهمة في نشاطات التوعية والتدريب في المجتمع.
- مساعدة المعوقين وأسرهم في تنفيذ نشاطات الحياة اليومية.
- المساهمة في تدريب الأهالي حول إجراءات التأهيل في البيت.
- مساعدة اللجنة المحلية في نشاطات تحسين بيئة المجتمع.
- المشاركة في المشاورات الخاصة بالبرنامج وتقديم المقترحات المناسبة لبناء النشاطات.
- المشاركة في جمع التبرعات والمساهمات المحلية للبرنامج.
- المشاركة في إجراءات تقييم البرنامج.
- أية نشاطات أخرى تراها اللجنة المحلية لصالح البرنامج.

5- اتجاهات "التأهيل في المجتمع المحلي":

اولا: الاتجاه المغلق على التسهيلات المحلية:

يقوم هذا الاتجاه على إعطاء الأسرة والمجتمع المحلي الدور الأوحد في تحمل مسؤولية خدمات الأشخاص المعوقين من خلال الموارد والتسهيلات المتوفرة في البيئة المحلية، ويعتمد في ذلك على منهجية تسهيل الإجراءات وتبسيطها، للدرجة التي تستطيع معها الأسرة والمجتمع المحلي مواجهة حاجات المعوقين، ضمن الإمكانيات والتسهيلات والموارد المحلية وبمشاركة أفراد المجتمع والعمل على تكييف الظروف المحلية لتحقيق هذا الهدف، ويستبعد هذا الاتجاه أي دور أو مداخلات من المؤسسات التاهيلية العالية التخصص والقائمة على التكلفة الباهظة، والاستعاضة عنها باستحداث برامج مجتمعية تهدف إلى تمكين الأشخاص المعوقين من مواجهة حاجاتهم التاهيلية من المصادر المتوفرة والقائمة في المجتمع المحلي، وبدعم من الجهود المحلية التطوعية، وقد أمكن التعبير عن هذا الاتجاه في الدليل التجريبي للوقاية والعجز في البلدان النامية الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية سنة 1980 تحت عنوان **"تدريب المعوقين في المجتمع"**.

ثانيا: الاتجاه التكاملي لخدمات التأهيل:

يقوم هذا الاتجاه على مبدأ حق الشخص المعوق في الحصول على الخدمات التاهيلية المتخصصة التي لا يمكن توفيرها من خلال البرنامج المحلي. ويهدف هذا الاتجاه إلى توسيع رقعة ومستوى خدمات التأهيل المتخصص للأشخاص المعوقين، من خلال سياسة واضحة للتحويل،

تعتمد التنسيق والتعاون بين برامج التأهيل المجتمعي والخدمات المؤسسية رفيعة التخصص، وتهدف إلى بناء علاقة تكاملية تربط البرنامج المجتمعي بالمؤسسات المركزية، لتوفير الخدمات التاهيلية المتخصصة التي لا يمكن توفيرها من خلال الإمكانيات والموارد المحلية، وبما يحقق التكامل بين \خدمات التأهيل في المجتمع المحلي و الخدمات المركزية المتخصصة في المدن، وذلك في إطار سياسة وطنية للتحويل والتنسيق والتكامل بين المستويات المختلفة، بما يحقق التوازن والعدالة في توزيع الموارد بين الريف والمدينة، ويتيح إمكانيات الاستفادة من التسهيلات والخدمات الحكومية والأهلية.

6- الموجهات الفكرية الأساسية للتأهيل المجتمعي

ذكرنا فيما سبق أن منهجية التأهيل المجتمعي تتعدى مجرد كونها نظاما مجردا لإيتاء خدمات نوعية للعدد الأكبر من الأشخاص المعوقين، فالمنهجية قبل هذا وذاك ما هي إلا طريقة في الوعي والتفكير وأسلوبا لفهم حاجات وحقوق الأشخاص المعوقين في الحصول على حياة كريمة في مجتمعهم في إطار المشاركة والتفاعل والدمج على حساب الدونية والوصمة والإهمال، وهناك بعض الموجهات الأساسية التي تفيد العاملين والمهتمين، وبالتالي الوصول إلى الفكر الذي يؤسس للتطبيق الناجح لمبادئ المنهجية المجتمعية:

أولا: التعلم من الناس

تقوم منهجية التأهيل المجتمعي على مبدأ التعلم من البرامج التنموية القائمة في المجتمع المحلي، ومراجعة أساليبها وأنظمتها في الإدارة والتسيير، والاستفادة من نجاحاتها وإخفاقاتها في تطوير برنامج التأهيل المجتمعي للأشخاص المعوقين، حيث يمكن للبرنامج المجتمعي أن يستفيد من تطبيقات التكنولوجيا والإدارة الناجحة في البرنامج التنموي المحلي.

هناك العديد من تطبيقات التكنولوجيا التي يمكن تعلمها من تجارب المجتمع، حيث يمكن للبرنامج أن يتعلم من الوالدين الذين عملا على تدريب طفلهما الكفيف للتنقل بحرية واستقلالية داخل القرية، أو بالتعلم من الأسرة التي دربت ابنها المتخلف عقليا على العمل في الحقل،

ويمكن الاستعانة بخبرات معلم المدرسة المحلية في كيفية دمج التلاميذ المعوقين في مدرسة القرية، أو بالتعلم من نجار القرية كيفية تصنيع العكاكيز أو مساعدات المشي للمعوقين جسديا.

أما فيما يخص الإدارة، فيمكن للبرنامج أن يتعلم من قادة المجتمع المحلي أفضل أساليب تنظيم جهود المجتمع، وطريقة الوصول إلى مصادر المجتمع واستثمارها، ويفيد هذا النهج في تقدير الخبرات المحلية، ويعزز مفهوم احترام رأي الآخرين، ويكسب البرنامج ثقة المجتمع المحلي، وهو ما يمكن أن يفتح المجال لمزيد من التعاون، ويؤسس لآفاق أوسع من إمكانيات الدعم المجتمعي، لنشاطات البرنامج في مراحله اللاحقة.

ثانياً- بناء وتطوير البرنامج من القاعدة "من الأسفل إلى الأعلى"

يقوم تخطيط البرنامج التقليدي لخدمات تأهيل المعوقين على إنشاء مركز ضخم لخدمات التأهيل في مراكز المدن، والتخطيط لتوسيع خدماته مستقبلا في مناطق أخرى، إلا أن واقع التطبيق يشير إلى فشل مثل هذا التفكير، فما أن يكتمل بناء المؤسسة أو المركز الوطني، حتى يبدأ البحث عن الوسائل التي تعزز التميز بمنظور فوقي، وغالبا ما يقودها مثل هذا التوجه الانعزالي، إلى أن تصبح مثل هذه المراكز مجرد أبراج عاجية مغلقة للتخصصية.

أما المنهجية المجتمعية فتقوم على قاعدة المشاركة الفعلية للأشخاص المعوقين وأسرهم ومجتمعهم في تنفيذ وتوجيه مختلف نشاطات البرنامج المحلي، وذلك بتبسيط الإجراءات التي تسهل مشاركة المجتمع وتطوير مهاراته في إدارة وتسيير برنامجه على المدى البعيد.

تقوم الإستراتيجية المجتمعية على تطوير برنامج من القاعدة إلى القمة، حيث يتوجه البرنامج مثلا نحو تطوير المهارة والقدرة لدى العاملين المحليين من خلال تدريبهم أثناء العمل، ويركز على تطوير القدرات والمهارات لدى أفراد الأسرة، باعتبارهم المدربين على مستوى البيت، ويمكن معلم المدرسة من تطوير معلوماته حول أساليب دمج التلاميذ المعوقين في المدرسة العادية من خلال دور وحدة المصادر التعليمية أو معلم المصادر المتنقل، كما ويمكن البرنامج بعض القيادات المحلية من أن تبدأ تجربة ريادية لتوفير التدريب المهني واستحداث مشروعات لتوفير الدخل للأشخاص المعوقين في المجتمع. إضافة إلى ما يمكن أن يوفره من مناخ صحي، يكون للمعوقين فيه قول ورأي فيما يتعلق بهم وبمجتمعهم، وهذا في مجمله يؤكد أن البرنامج المجتمعي ينطلق من القاعدة نحو الأعلى.

ثالثا: لا تنتظر حلولا فورية وسهلة

يتركز الهدف الأساسي لمنهجية التأهيل المجتمعي حول تطوير أسلوب في التفكير التشاركي لدى الشخص المعوق والأسرة والمجتمع والمخططين والمشرعين وواضعي السياسات وأصحاب القرار، أكثر من كونه نظاما لإيتاء الخدمات التاهيلية للأشخاص المعوقين في المجتمع. من هنا فإن تطبيق المنهجية المجتمعية سوف تصطدم بذلك الكم الهائل من الأفكار التقليدية والاتجاهات السلبية نحو المعوقين، التي تشكلت عبر السنين بحيث يصعب إزاحتها أو التخفيف منها إلا بالممارسة القريبة والتفاعل العملي والمعايشة الحقيقية.

يتطلب بناء برنامج التأهيل المجتمعي، الكثير من الجهد والوقت، ويتطلب حرصا في مواءمة مضامين المنهجية المجتمعية مع الخصوصية الاجتماعية والثقافية والاقتصادية لمجتمع التطبيق. فبناء البرنامج المجتمعي ليس نسخة لإعادة النقل والتطبيق من مجتمع لآخر، بل لا بد من مواءمة إجراءات التطبيق مع التركيب الثقافي للمجتمع المستهدف. وهكذا فإن تحقيق النتائج الطموحة لتطبيقات منهجية التأهيل في المجتمع المحلي، قد يحتاج إلى فترة زمنية لإحداث نقلة نوعية في تغيير الواقع وتعديله وتكييفه لمتطلبات التطبيق الناجح لمبادئ التأهيل المجتمعي.

7- أساليب بناء برنامج التأهيل المجتمعي :

يقودنا التحليل الشامل للتجارب الدولية في تطور منهجية التأهيل المجتمعي، إلى العديد من الأساليب التطبيقية في بناء البرنامج، ويعتمد أسلوب البناء على العديد من المتغيرات التي تعكس توجهات وإمكانيات وأولويات مجتمع التطبيق، وتتحدد الأساليب فيما يلي:

- **اولا: الأسلوب المحدد بنموذج قطاع الخدمات :**

يقوم هذا الأسلوب على تحديد قطاع الخدمات الذي يستهدفه البرنامج، فهناك النموذج الطبي الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية، وهناك النموذج المهني الذي تتبناه منظمة العمل الدولية، والنموذج التعليمي الذي تتبناه منظمة اليونسكو.

- **ثانيا: الأسلوب المحدد بمكان تقديم الخدمات :**

يرتبط هذا الأسلوب بالمكان الذي تنطلق منه أو تقدم فيه نشاطات البرنامج، كأن تنطلق خدمات البرنامج من مركز للتأهيل المجتمعي أو من المدرسة أو من المركز الصحي أو من خلال البيت والأسرة، أو من خلال مراكز التحويل، أو بأكثر من واحد من ما سبق ذكرها.

- **ثالثا: الأسلوب المرتبط بطريقة استحداث البرنامج :**

يرتبط هذا الأسلوب بطريقة استحداث البرنامج، فقد يأتي كمبادرة من الأشخاص المعوقين أو أهاليهم، وقد يأتي كنشاط لمجموعة من الأفراد الرياديين في المجتمع أو من المجلس المحلي أو بناء على خطة حكومية، أو أن يأتي كنشاط لإحدى مؤسسات التحويل المتخصصة، أو إحدى المنظمات المحلية أو الدولية المهتمة بتنمية المجتمعات المحلية.

- **رابعا: الأسلوب الذي يحدد الإطار التنظيمي للبرنامج :**

يرتبط هذا الأسلوب بالإطار التنظيمي في إدارة وتسيير البرنامج، فقد يقوم على تنظيم الأفراد المعوقين أنفسهم، أو من خلال لجنة محلية بمشاركة المعوقين وأهاليهم، أو من خلال أحد البرامج التنموية القائمة في المجتمع، أو أن يدمج البرنامج كنشاط تحت المظلة الرسمية لإحدى الجمعيات الأهلية القائمة العاملة في ميدان تنمية المجتمعات المحلية.

- **خامسا: الأسلوب الذي يرتبط بمصنفات التدريب المستخدمة:**

يرتبط هذا النمط بالإجراءات والوسائل المستخدمة في تنفيذ النشاطات، كأن يعتمد البرنامج على الخبرات والموارد المتوفرة في البيئة المحلية، أو أن يعتمد على استدراج الخبرة والتكنولوجيا الخارجية لتطوير الخبرات المحلية، أو أن يتوجه إلى الخارج لاكتساب الخبرات من مصادرها، ويمكن إن يعتمد البرنامج أسلوبا متنوعا من الأنماط المذكورة.

- **سادسا: الأسلوب الذي يعتمد الأولويات :**

يرتبط هذا الأسلوب بالأولويات التي يحددها البرنامج لمواجهة الحاجات التاهيلية للأشخاص المعوقين في المجتمع، فقد ترتبط هذه الأولويات بفئات الإعاقة، أو بفئات عمرية معينة، أو بنوع النشاطات، أو بفئات الجنس من الذكور أو الإناث، أو بتحديد المناطق ذات الأولوية لاستحداث البرنامج، هذا ويمكن أن يبدأ البرنامج بتحديد أكثر من أولوية مما سبق.

- **سابعا: الأسلوب المرتبط بنظام إيتاء الخدمات :**

ويرتبط هذا الأسلوب بأنماط التكنولوجيا المستخدمة في مواجهة حاجات تأهيل المعوقين في المجتمع، حيث من الممكن أن يقوم البرنامج على النظام المغلق، الذي يحدد نشاطاته بالموارد والتسهيلات والخبرات المتوفرة في المجتمع المحلي، أو أن يتوجه لبناء صيغة من التعاون والتكامل والتنسيق والتعاون مع النظام المؤسسي المتخصص، لتوفير الخدمات التي لا يمكن للمجتمع المحلي أن يوفرها من خلال إمكانياته الذاتية.

- **ثامنا: الأسلوب الشامل:**

يقوم هذا الأسلوب على منهجية مفتوحة يعتمد في بنائه وتطبيقاته على الأخذ من مختلف المناهج والأساليب، بما يتلاءم مع متطلبات مواجهة حاجات تأهيل المعوقين. إلا إن الأهم في مثل هذا الأسلوب أن لا يفقد البرنامج جذوره الاجتماعية، جريا وراء بريق الخدمات المتخصصة، أو سعيا لتوفير الموارد على حساب استقلالية البرنامج وهويته المجتمعية، وبما لا يحرف البرنامج عن المبادئ الموجهة لمنهجية التأهيل المجتمعي.

إن المهمة الأساسية للمخططين، هو التركيز على تحليل الواقع قبل تخطيط البرنامج، وأن يقوم اختيار الأسلوب الأمثل على نتائج هذا التحليل. وهنا، قد يكون مفيدا أن يبدأ البرنامج بالانفتاح على مختلف الأساليب من خلال اعتماد الأسلوب الشامل، وهو ما يتيح للمخططين إمكانية اختيار الأسلوب الأكثر ملاءمة لواقع مجتمع التطبيق.

8- إدارة وتنظيم برنامج التأهيل المجتمعي:

- **أولا: من أين نبدأ ؟**

عادة ما يجد المخططون أنفسهم أمام مجموعة من الأسئلة الحاسمة عند البدء بالتفكير في إنشاء برنامج للتأهيل المجتمعي، وهي: كيف ومتى وأين يمكن أن يبدأ البرنامج؟ والإجابة المباشرة عن هذه الأسئلة تكمن في الإحساس بوجود مشكلة الإعاقة واكتشاف حجمها وتأثيراتها. وهنا تنطلق جهود البحث عن الوسائل الملائمة لمواجهتها من خلال تضافر جهود الأشخاص المعوقين وأسرهم ومجتمعهم وكذلك المهتمين من خارج المجتمع.

يمكن أن تكون نقطة البدء في بناء برنامج التأهيل المجتمعي بتحديد وتنظيم الموارد المادية والبشرية المحلية المتوفرة، وإخضاعها لتقييم مبدئي حول مدى فاعليتها في مواجهة أولويات مشكلة الإعاقة في المجتمع، فقد تكون الأولوية لاكتشاف الإعاقات وتشخيصها، وقد تكون نحو تعديل الاتجاهات الاجتماعية، وقد تبدأ الجهود بالتركيز على فئات إعاقة محددة كالمشلولين أو المكفوفين أو الصم، أو نحو فئات عمريه محددة كالأطفال أو البالغين، وقد يبدأ النشاط من خلال مركز مجتمعي أو من خلال الأسرة أو بواسطة الأخصائي المتجول، وقد يبدأ نشاط البرنامج في مجالات محددة كالتعليم أو الإرشاد أو العلاج أو التدريب والتشغيل.

مهما كانت الأولوية، فالمهم أن يبدأ البرنامج كنشاط يعكس اهتمام المجتمع ومسؤوليته نحو التصدي لمشكلة الاعاقة، وفي اطار خطة

طويلة المدى يقوم على تنفيذها ذلك المجتمع الواعي والمنظم الذي يعمل على استثمار إمكانياته المحلية المتوفرة، ويستقطب الدعم الخارجي الفني والمادي لتعزيز جهوده وإمكانياته المحلية المحدودة.

يبدأ برنامج التأهيل المجتمعي عندما يصل المخططون والمهتمون إلى قناعة حول أهمية وجدوى استحداث برنامج يستهدف خدمات الأشخاص المعوقين في مجتمعاتهم المحلية، ويحدث أن تأتي فكرة البرنامج من الحكومة المركزية في إطار الخطة الوطنية للتنمية أو كمبادرة من داخل المجتمع المحلي أو كفكرة من إحدى المنظمات غير الحكومية المحلية أو الدولية المهتمة بدعم برامج التنمية المحلية، ومهما تكن الجهة المبادرة لاستحداث البرنامج، فالمهم أن يكون البرنامج جزءا من حركة التغيير والتطوير في المجتمع، وأن يقوم على مبدأ المشاركة والتفاعل بين مختلف البرامج التنموية القائمة في المجتمع، وأن يملك المجتمع الدور الحاسم في عملية اتخاذ القرار بشأن البرنامج ونشاطاته، كالتخطيط والتنظيم والإدارة والتسيير والتقييم.

- **ثانيا: إدارة برنامج التأهيل المجتمعي**

يقصد بالإدارة " **تلك الجهود التي تبذل لضمان سير انشطة البرنامج بسهولة وتتضمن وضع السياسات والتخطيط وتدريب العاملين والتنفيذ وتوفير المواد والمتابعة والتقييم**".

تتسم الإدارة في برنامج تأهيل الأشخاص المعوقين التقليدي بأنها إدارة فوقية، إذ تتولى السلطة المركزية مسؤولية اتخاذ القرارات، فيما يتعلق بالتخطيط والتنفيذ وتوفير الموارد والتدريب والتسيير، ويكون

المجتمع المحلي متلقيا ومستفيدا من الخدمات المقدمة من الخارج دون أي مساهمة أو مشاركة في التخطيط أو التقييم لنتائج النجاح أو الفشل، ويفتقد المجتمع المحلي في النظام التقليدي سلطة اتخاذ القرار فيما يتعلق باستمرار البرنامج أو إغلاقه.

تقوم المنهجية المجتمعية على التقليل من نفوذ "النظام المركزي" وتعزيز "النظام اللامركزي" في عملية اتخاذ القرار. وبديهي القول أن اللامركزية في الموقف التطبيقي لا يمكن تحقيقها إذا لم يرافقها تغيير في اتجاهات السلطة المركزية نحو تمكين المجتمعات المحلية من اتخاذ القرارات الخاصة بأولوياتها واستراتيجياتها، وأن يكون ذلك في إطار سياسة حكومية واضحة، ينظر فيها الموظفون الحكوميون إلى دورهم كشركاء للمجتمع، وليس كقادة أو أصحاب سلطة مطلقة في التقرير لنشاطات البرنامج المجتمعي.

- **ثالثا: اللامركزية:**

أ- مفهوم اللامركزية

تعني اللامركزية في ميدان تنمية المجتمعات المحلية بأنها "**عملية موجهة لنقل سلطة القرار في كل ما يتعلق بحاجات التنمية في المجتمع المستهدف، ويتم ذلك النقل بشكل تدريجي من خلال إجراءات التدريب والتوعية للمستويات المختلفة الحكومية منها والمجتمعية**".

على رغم الأهمية الحاسمة في تطبيق اللامركزية في بناء البرنامج المجتمعي، إلا أن من المهم أيضا أن تبقي الحكومة على بعض السلطات اللازمة للبرنامج، مثل توفير مظلة الحماية الرسمية، وتنظيم إجراءات

المتابعة والضبط المالي والإداري، والتنسيق الخارجي مع جهات الدعم المالي والفني في الداخل والخارج. وتشير بعض التجارب إلى أن نقل السلطة الكاملة للمجتمع دون رقابة مركزية، ربما تقود إلى بعض الانحرافات فيما يتعلق بالمنهجيات أو الأهداف أو هيمنة المصالح الفردية، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى ظهور النزاعات بين الفرقاء، وأن يقود بالتالي إلى فشل البرنامج أو إغلاقه على المدى البعيد.

ب- مجالات اللامركزية

- **أولا: لامركزية الخدمات**

في إطار التنظيم المركزي التقليدي للخدمات، تتركز معظم خدمات الأشخاص المعوقين في العاصمة أو المدن الكبيرة أو في مراكز المحافظات، مما يحرم الغالبية العظمى من المحتاجين الذين يقطنون في المناطق البعيدة من الحصول على الخدمات، وذلك لأسباب تتعلق ببعد المسافة أو بسبب التكاليف الباهظة التي تفوق إمكانيات الأسر الفقيرة للوصول إليها.

يبدأ الانتقال التدريجي من المركزية إلى اللامركزية في توفير الخدمات، باستحداث نماذج للخدمات الروتينية التي لا تحتاج إلى تقنيات عالية أو خبرات متخصصة، وبحيث توفر الخدمات التاهيلية الأساسية للشخص المعوق في بيئته أو في منطقة قريبة يستطيع الوصول إليها دون بذل الجهد أو تحمل النفقات الباهظة، ومن أمثلة هذا الاستحداث خدمات التدريب الحركي وأنشطة التدريب على أمور الحياة اليومية والتدريب المهني المجتمعي.

- **ثانيا: لامركزية الإدارة**

تتركز الإدارة في النظام الحكومي التقليدي لخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في الوزارة المعنية أو الدائرة المسئولة، التي عادة ما تكون في العاصمة، وغالبا ما تتعرض عملية اتخاذ القرار في مثل هذا التنظيم إلى بيروقراطية ضارة ومملة، بسبب الروتين في إجراء الاتصالات، حتى بالنسبة للقرارات البسيطة واليومية، وهو ما ينعكس سلبا على تنفيذ نشاطات البرنامج، ويحد من إمكانيات التبسيط والمبادرة التي تميز برنامج التأهيل المجتمعي.

من المفيد هنا أن يتم نقل صلاحية اتخاذ القرار للمجتمع بشكل تدريجي، خاصة تلك القرارات التي لا تحمل مضامين سياسية أو اقتصادية، وذلك بنقلها للمدراء المحليين وممثلي المناطق والمحافظات دون الرجوع إلى الإدارة المركزية، وهو ما يمكن أن يفيد في رفع الكفاءة المهنية وتحمل المسؤولية العامة في الإشراف والمتابعة للموظفين المحليين.

- **ثالثا: لامركزية توفير الموارد**

يستطيع المجتمع المحلي بإمكانياته المحدودة أن يوفر الموارد اللازمة لتغطية الكثير من نشاطات البرنامج عن طريق مساهماته المادية والبشرية، وبحيث تصبح هذه الموارد المحلية هدفا للدعم الحكومي والأهلي في مواجهة احتياجات تأهيل الأشخاص المعوقين في المجتمع، وهنا يصبح من الضروري أن يتم تسهيل إجراءات النقل والتحويل للموارد الحكومية والخارجية المخصصة بالنظام، لدعم المبادرات والبرامج المحلية، ويكون ذلك باستصدار وتفعيل التشريعات التي توجه السياسات

الحكومية حول توفير الموارد وتسهيل نقلها وتحويلها للمجتمعات، وتشمل الدعم المالي والخبرات الفنية ووسائط النقل والأجهزة والأدوات والخدمات الإحصائية والمعلومات، وغيرها من الموارد.

تدلنا خبرات التطبيق على أن برامج التأهيل المجتمعي، من البرامج التي تستقطب اهتمام ودعم المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية المحلية والأجنبية. إلا أن هذا الدعم غالبا ما يمكن الحصول عليه في مراحل لاحقة من بناء البرنامج، وذلك اعتمادا على صدق التوجه الحكومي والمجتمعي نحو بناء وتطوير برنامج التأهيل المجتمعي، حيث غالبا ما يأتي الدعم الخارجي لاستكمال وتدعيم الجهود الداخلية في هذا الميدان.

خلاصة القول، انه من الممكن توفير الموارد اللازمة لبناء البرنامج المحلي للتأهيل المجتمعي من مصادر مختلفة، إلا أن المشاركة المحلية تمثل العنصر الحاسم في مرحلته الأولى، التي يمكن أن تضع البرنامج على طريق النجاح أو الفشل. فالمجتمع المحلي ومهما كانت إمكانياته، يملك الكثير من الموارد المادية والبشرية التي يمكن استثمارها في مرحلة الاستحداث، وبما يقدم الدليل على صدق التوجه المجتمعي لدعم وتطوير برنامجه المحلي، وهو يشجع استقطاب الدعم من مصادره المحلية والحكومية والخارجية.

- **رابعا: لامركزية وضع السياسات**

قد لا يكون من المبالغة القول أن فشل العديد من برامج التنمية المحلية، يقع في غالبيته على عاتق الحكومات، لاعتمادها إستراتيجية

فوقية في وضع السياسات العامة التي تخص هذه المجتمعات، دون إشراكها في التخطيط والتنفيذ. من هنا فإن نجاح برنامج التأهيل المجتمعي، يتوقف على مدى مساهمة المجتمع ومشاركته في التخطيط وتحديد الأولويات والاستراتيجيات، وبما يمهد إلى تفعيل المجتمع ومشاركته في تنفيذ نشاطات البرنامج، وبما يتلاءم مع إمكانياته من منظور تكاملي مع الحكومة.

9- المقومات الأساسية لبناء برنامج التأهيل المجتمعي

يقوم بناء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي على ثلاثة مقومات رئيسية ، تشمل: تنظيم المجتمع وتوفير الدعم التقني والفني، وتحسين فرص دمج المعوقين في حياة المجتمع. وتتضمن هذه المقومات مجموعة من الإجراءات والنشاطات كما يلي:

- **أولا: تنظيم الخدمات :**

  - استحداث وحدة إدارية مركزية وفروع في المناطق والمحافظات لتخطيط وتنسيق الخدمات الموجهة نحو دمج الأشخاص المعوقين في المجتمع.
  - استحداث وظائف للموظفين الحكوميين الفنيين على مستوى المحافظات .
  - تطوير برنامج تدريب العاملين الحكوميين والمحليين حول إجراءات التأهيل.
  - تنظيم المجتمعات المحلية وتشكيل اللجان المسئولة عن تطوير وإدارة البرنامج.
  - تدريب القيادات واللجان المحلية حول إدارة وتنظيم الجهود والموارد المحلية.
  - استقطاب وتدريب المتطوعين المحليين لتنفيذ نشاطات البرنامج.

- توفير وتنظيم الموارد المالية والمادية اللازمة للنشاطات مثل الصناديق المحلية وحملات التبرعات المحلية والميزانيات والمساهمات الحكومية والدولية.
- توفير وسائل الاتصال والمواصلات اللازمة
- توفير موارد وإمكانيات الدعم الفني والمشورة والتدريب للعاملين المحليين
- توفير الإجراءات اللازمة للتقييم وإعادة التقييم للنشاطات والبرامج.

- **ثانيا: الدعم التقني والتدريب:**

- تطوير برنامج لتدريب العاملين المحليين في مجال تنمية المجتمعات المحلية من منظور شمولي وحاجات تأهيل المعوقين بشكل خاص.
- التكامل والتنسيق بين البرامج المجتمعية ومؤسسات التحويل التخصصي لمواجهة حاجات المعوقين من مختلف جوانبها الصحية والتعليمية والتشغيلية.
- تكييف وموائمة مؤسسات المجتمع لقدرات وحاجات المعوقين كالمدارس والعيادات ومراكز التدريب والنوادي والمشاريع الإنتاجية والخدمات الحكومية.

- **ثالثا: تعزيز مجالات الدمج:**
  - تعديل وتحسين الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين باستخدام وسائل الإعلام وحملات التوعية الوطنية والندوات التطبيقية والمنشورات.
  - تحسين فرص تمثيل المعوقين في مختلف مستويات اللجان الخاصة بالتأهيل.
  - تحسين وتشجيع فرص الأشخاص المعوقين للمشاركة في نشاطات المجتمع الاجتماعية والسياسية والدينية والرياضية والترفيهية.
  - تحسين فرص استفادة الأشخاص المعوقين من البرامج التنموية القائمة في المجتمع كالمدارس والعيادات والنوادي والجمعيات ودور العبادة وغيرها.

10- مبادئ منهجية التأهيل المجتمعي

يعود الفضل في ترويج معظم المفاهيم والأفكار المتداولة حول مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي إلى مجموعة من الباحثين الرواد في هذا الميدان. وإذا كان من مساهمة متميزة فهي للدكتور "**اينار هلندر ENAR HELANDER**"، الذي ساهم بشكل واضح في بلورة العديد من الأفكار الأساسية حول التأهيل المجتمعي. إذ كان احد الأربعة الذين وضعوا الدليل التدريبي الأساسي في ميدان التأهيل المجتمعي"**تدريب المعوقين في المجتمع**"، الصادر عن منظمة الصحة العالمية سنة 1990، ويعتبر كتابه "**الإجحاف والكرامة- مقدمة حول التأهيل في المجتمع المحلي**"، الصادر سنة 1993، أحد أهم المراجع النظرية في الميدان. وقد أورد الكتاب شرحا تفصيليا للمبادئ الخمسة التي يقوم عليها مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي، وهي: **المساواة والعدالة الاجتماعية والتضامن والدمج والكرامة**، وفيما يلي شرح مختصر لكل من هذه المبادئ:

- **المبدأ الأول : المساواة**

من المبادئ المتفق عليها في التعاليم السماوية والتشريعات الوضعية أن جميع البشر متساوون في الحقوق والواجبات، وأن لكل إنسان كيانه الخاص به وأنه يملك من القدرات الخاصة ما يجعله مختلفا في شخصيته وحاجاته عن الآخرين. إلا أن مثل هذا الاختلاف يجب أن لا يكون سببا لعدم التساوي في القيمة الإنسانية.

يتسم واقع الأشخاص المعوقين في أغلب المجتمعات بعدم مساواتهم في مجال الحقوق العامة بسبب اختلاف قدراتهم عن الآخرين من أفراد

المجتمع، وينعكس هذا الإجحاف ضدهم في ذلك الاتجاه السائد في المجتمع المتمثل بالإعجاب ببعض القدرات الخاصة، بينما تهمل القدرات الأخرى. لهذا نجد أن الأشخاص المعوقين، يواجهون وضعا من التمييز ضدهم في معظم المجتمعات، وينظر إليهم كمواطنين من الدرجة الثانية، ويتم تهميشهم باعتبارهم لا يملكون القدرة التي تؤهلهم للمشاركة في حياة المجتمع.

إن الإعاقة في معظمها سبب ونتيجة لعوامل وراثية أو بيئية كالمرض والحروب والحوادث وغيرها، وهي أسباب خارجة عن إرادة الأشخاص المعوقين أنفسهم، وهم ليسوا مسئولين عن وضعهم، إلا أنهم ومع كل ذلك يجدون أنفسهم قد حرموا من تلبية احتياجاتهم الأساسية، كالرعاية الطبية والتعليم والتدريب والتشغيل والمشاركة واللعب وغيرها من نشاطات الحياة. وقد يصل حرمانهم إلى حد تصبح فيها حياتهم بمجملها موضوعا للبحث والمساءلة والتشكيك. وهنا فإن الهدف الأساسي لبرنامج التأهيل المجتمعي هو في مواجهة ورفض الأفكار المجحفة بحقهم، وإزالة سلوكيات التفرقة والتمييز التي تراكمت ضدهم خلال قرون عديدة.

- **المبدأ الثاني : العدالة الاجتماعية**

تقضي العدالة الاجتماعية، أن تكون الخدمات والفرص في متناول جميع المواطنين دون استثناء، وأن يكون الهدف هو توفير العناية الفردية والتعليم والتدريب المهني والتشغيل للجميع، وهي مجالات وفرص أساسية في تحقيق الدمج والاستقلالية. ويتطلب إنجاز هذا الهدف سنوات

طويلة من التطوير والمتابعة، إلا أن من المهم أن تقوم البرامج الحالية والمستقبلية بطريقة توفر العدالة للجميع.

لا تتطلب العدالة الاجتماعية إعطاء الأفضلية للأشخاص المعوقين أو الاستمرار في إصدار القوانين الخاصة بهم، بل بالبحث في أسباب عدم تطبيق القوانين والتشريعات العامة القائمة على الأشخاص المعوقين والعمل على إزالة هذه التفرقة بمواءمتها لحاجاتهم في إطار العادية التي تطبق على جميع المواطنين.

- **المبدأ الثالث: التضامن**

ترتبط مسؤولية الحفاظ على حياة الإنسان بالمسؤولية الجماعية لأفراد المجتمع وتنظيماته الرسمية والأهلية، وهنا يبرز دور التضامن والتكافل في رعاية الأفراد المهمشين والضعفاء من أفراد المجتمع، كالأطفال وكبار السن والمعوقين، باعتباره امتيازا للجميع وليس إحسانا إلى بعضهم.

تختلف أنظمة التضامن السائدة في المجتمع باختلاف الثقافات، ففي الدول الصناعية الغنية، هناك أنظمة لنقل الموارد (الأموال، التعويضات، الخدمات) من مجموعة إلى أخرى، مثل نظام الكوتا والبدل النقدي ومساهمة العاملين وأصحاب العمل وميزانيات الدعم والمساعدة الحكومية ومنحة البطالة للعاطلين عن العمل، التي تمثل في مجملها أدوات لتوفير الموارد التي تمكن الأشخاص المعوقين من الحصول على حياة كريمة. وهناك أنظمة مختلفة للتضامن في الدول النامية، تشمل التزام ومسؤولية العائلة والأقارب والعشيرة في توفير الاحتياجات الأساسية

لفئات العجز. وقد يكون نظام الزكاة والصدقات في التشريع الإسلامي خير دليل على التضامن والتكافل الاجتماعي.

إن ممارسات الاعتماد على الآخرين في توفير الحاجات الأساسية ليست صفة خاصة بالأشخاص المعوقين فقط، فجميع البشر يمكن أن يكونوا قد اعتمدوا على غيرهم لسنوات عديدة من حياتهم، وبهذا يكون مبدأ التضامن هو أحد المبادئ الأساسية التي يقوم عليها بناء المجتمع في مختلف الثقافات.

- **المبدا الرابع : الدمج**

يرتبط عزل الخدمات والوظائف والتعليم للأشخاص المعوقين بواقع الإجحاف التقليدي بحقهم، فعزلهم عن الأنظار، لا بد أن يحرم المجتمع فرصة التعرف عليهم والتفاعل معهم، وخلافا لذلك، فإن دمجهم في جميع اوجه الحياة، سيفيد في تخفيف الاعباء المتعلقة باستحداث وانشاء التسهيلات الخاصة لايوائهم وتأهيلهم، ويوفر فرصة بناء علاقة من التكيف والتآلف بين الاشخاص المعوقين ومجتمعهم، ما يقود بالتالي الى إقامة علاقات من الصداقة والتقدير والتفهم، وبما يمكن ان يساهم في تقبل أدوار الإشراك والمشاركة في مختلف نواحي الحياة، ويدعم توجهات المجتمع في استثمار جميع قوى الانتاج بمن فيهم الاشخاص المعوقون، ويعزز امكانية تحقيق كرامتهم الإنسانية التي حرم أغلبهم منها.

وتاليا القواعد العشرة الأساسية التي تقوم عليها استراتيجيات الدمج:

1- **الحياة العائلية:**

أن تتاح للشخص المعوق الحرية الكاملة في إيجاد شريك الحياة، وتكوين العائلة والاسرة المستقلة.

2- **الحماية:**

أن تتوفر للشخص المعوق الحماية والحرية للتحرك في البيت والمحيط المحلي.

3- **التغذية:**

أن يرضع الطفل المعوق من أمه، وان تكون له حصته من غذاء العائلة.

4- **التعليم:**

أن تتاح للشخص المعوق فرصة متكافئة للالتحاق بالمدرسة العادية، وأن يتعلم معلم الصف كيفية مواجهة الاحتياجات التعليمية الخاصة للتلاميذ المعوقين.

5- **التدريب:**

أن يحصل الشخص المعوق على فرص التدريب واكتساب المهارة التي تهيئه للعمل والعيش باستقلالية.

6- **اوقات الاستجمام:**

أن تعطى للشخص المعوق حرية المشاركة في المناسبات الاجتماعية والثقافية والترفيهية.

7- الخدمات العامة:

أن تصمم الأبنية والطرق ومؤسسات الخدمات العامة ووسائل النقل العام، بحيث يستطيع الشخص المعوق استخدامها بسهولة والاختلاط بحرية واستقلالية في المجتمع.

8- الجمعيات:

أن لا يحرم الشخص المعوق من الانتماء للجمعيات والنوادي وبقية مؤسسات وتنظيمات المجتمع، وان يكون حرا في إنشاء الجمعيات الخاصة بالمعوقين.

9- الفرص الاقتصادية:

أن تكون للشخص المعوق نفس فرص العمل مثل بقية الناس، وان يتم تعويضه لبناء حياة مستقلة اقتصاديا.

10- المشاركة السياسية:

أن يسمح للشخص المعوق بالتصويت والمشاركة في الحكومة مثل بقية المواطنين، وأن يسمع صوته في القضايا التي تهمه أو المتعلقة بالخدمات التي تقدم له.

- **المبدأ الخامس (الكرامة)**

يتمثل الهدف النهائي لسائر إجراءات تأهيل الأشخاص المعوقين في السعي نحو تحقيق الكرامة الإنسانية للشخص المعوق في مجتمعه، وفي الإطار الذي يستشعر فيه الشخص المعوق قيمته كانسان ومواطن في حياة المجتمع الواعي والمتفهم لحاجاته وخصوصيته، وتتأكد كرامة الشخص

المعوق عندما يجد نفسه انه يعيش "**حياة نوعية تستحق الاحترام**"، تلك الحياة التي يمكن تحقيقها عندما:

- يدرك الجميع أن جميع البشر متساوون في الحقوق والواجبات. وان لهم نفس القيمة في مجتمع للجميع دون استثناءات.
- يرغب الجميع وفي إطار من التضامن والتكافل أن يساهموا في تعزيز الفرص والوسائل الكفيلة التي تحقق المشاركة المتكافئة لتحقيق القيمة الإنسانية للجميع.
- يجد الشخص المعوق فرصته المتكافئة للمشاركة في بناء حياة المجتمع الذي يعيش فيه.

11- الاستراتيجيات الأساسية للتأهيل في المجتمع المحلي:

هناك العديد من المفاهيم والمبادئ الأساسية التي يقوم عليها بناء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي، التي تمثل في مجموعها الركائز والموجهات الأساسية في تحديد استراتيجيات بناء البرنامج في مجتمع متفرد بمواصفاته وخصوصيته وظروفه وإمكانياته ومحدودياته، وعلى رغم عدم قدرة المخططين على ضبط جميع المتغيرات الثقافية والحضارية والاجتماعية التي تؤثر في بناء البرنامج، إلا أن من الممكن تقديم بعض المعايير الهامة التي يقوم عليها البرنامج المجتمعي، وتشمل:-

- **أولا: التأهيل في المجتمع المحلي نشاط متكيف للتركيب الاجتماعي المحلي:**

تقوم فلسفة التأهيل في المجتمع المحلي على أن دمج الأشخاص المعوقين وخدماتهم في الحياة العامة لمجتمعهم له الأفضلية على استحداث التسهيلات والإجراءات الخاصة، وذلك باستثمار الإمكانيات والتسهيلات المحلية وموامتها وتعديلها لمواجهة حاجات المعوقين.

تفترض منهجية التأهيل المجتمعي وجود المجتمع المثالي لتطبيق المبادئ التي تحقق للشخص المعوق فرصة الانخراط والدمج في مجتمع يتفهم ويلتزم مسؤولياته اتجاه جميع أفراده، بمن فيهم الأشخاص المعوقون. إلا أن مثل هذه المواصفات المثالية غير قائمة وغير موجودة في الواقع، فقد تتوفر بعض هذه الشروط المثالية المفترضة، بشكل نسبي في المجتمع. إلا أنها تتباين بالتأكيد من مجتمع لآخر، ومن منطقة لأخرى، مما يؤكد صعوبة نسخ تطبيقات التأهيل المجتمعي، ونقلها أو إعادة

تطبيقها في مجتمع آخر دون مواءمتها مع الخصوصية المرتبطة بتشكيل المجتمعات المستهدفة لإعادة التطبيق، وفي إطار يستهدف إعادة تكييف الوسائل والمنهجيات التطبيقية، بما يتلاءم مع الخصوصية الثقافية والحضارية لمجتمع التطبيق المستهدف.

هناك نوع من الاتفاق بين العاملين في الميدان على بعض **المواصفات المثالية** التي يجب توفرها في المجتمع المستهدف لتطبيق برنامج التأهيل المجتمعي، منها:

- الروح الجماعية بين الأهالي نحو العمل العام.
- تجانس العلاقات بين الأفراد.
- الاتجاهات العامة بين السكان لمساعدة الآخرين.
- المشاركة الجماعية في اتخاذ القرار.
- المساواة بين الأفراد.
- الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والسياسي.
- المحبة والارتباط بالأرض.
- الانفتاح على العالم الخارجي والقابلية للتغيير.

والسؤال الذي يطرح نفسه ضمن هذا السياق: هل من السهل إيجاد مثل هذا المجتمع المثالي؟ والجواب بالتأكيد أن مثل هذا المجتمع غير موجود، وهنا فإن مهمة المخططين والعاملين الميدانيين، هو أن يساهموا في بناء أهداف واستراتيجيات تطبيقية لبرنامج يتناسب مع

الخصائص الاجتماعية والثقافية والحضارية للمجتمع المستهدف، ويأتي ذلك بتحليل ودراسة بعض العناصر الأساسية في بناء وتركيب المجتمع وتشمل المجالات التالية:

- الخصائص الجغرافية والتنظيمية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية.
- أسلوب المجتمع في تنظيم حياته الاقتصادية والاجتماعية ومصادر دخله.
- علاقة المجتمع بالعالم الخارجي وتحديد عناصر هذه العلاقة.
- دور العالم الخارجي وأهميته في إحداث التغيير.

- **ثانيا: التأهيل في المجتمع المحلي نموذج لتوسيع الخدمات:**

يقوم التأهيل المجتمعي على مبدأ الاستفادة القصوى من الموارد والتسهيلات المحلية، وتوجيهها نحو تلبية حاجات المعوقين في أماكن سكناهم. ويعني ذلك بالضرورة تكييف الخدمات القائمة لتكون في متناول الجميع بمن فيهم الأشخاص المعوقون، وتعديل البيئة المحلية لتسهيل إمكانيات الوصول إلى هذه الخدمات والاستفادة منها في الظروف الطبيعية مع قليل من التعديل المكاني أو المنهجي بما يتلاءم مع ظروف الإعاقة، وبما لا يؤثر على فئات المجتمع الأخرى المنتفعة من هذه الخدمات، وكذلك بالعمل على تحفيز المشاركة المحلية التطوعية في تطوير وتقديم هذه الخدمات للعدد الأكبر من المعوقين المحتاجين في مراكز محلية.

تهدف المنهجية المجتمعية إلى تحسين إمكانيات الاستفادة من الخدمات القائمة في المجتمع، لتصبح في متناول الغالبية العظمى من المعوقين في ذلك المجتمع، ويتطلب ذلك زيادة المخصصات الحكومية وإعادة توزيعها، وتقليص النفقات الحكومية المخصصة لبناء وتسيير المؤسسات التاهيلية باهظة التكاليف ومحدودة الاستيعاب، التي تعتمد التقنية والتخصص العالي.

من هنا، فإن مبدأ التأهيل في المجتمع المحلي في هذا المجال هو تعميم الخدمات وتخفيف نفقات المؤسسات القائمة وإعادة توزيع المخصصات، وصولا إلى هدف تحسين نوعية ومستوى الخدمات التاهيلية في المجتمع المحلي ضمن الإمكانيات والموارد المتاحة، وليس باعتبارها خدمات ثانوية متدنية المستوى مقارنة مع التأهيل المؤسسي التقليدي.

- **ثالثا: التأهيل المجتمعي ذو اتجاه تكاملي مع التأهيل المؤسسي المتخصص:**

يقوم برنامج التأهيل في المجتمع المحلي على مبدأ استثمار الموارد المحلية المادية والبشرية وتوجيهها نحو توفير حاجات المعوقين، ونظرا لمحدودية الإمكانيات المحلية، يتوجه البرنامج المجتمعي إلى بناء وتطوير علاقة تكاملية تعاونية مع مؤسسات التحويل الخارجي من خلال إجراءات التحويل المعتمدة في السياسة الحكومية، أو من خلال الاتفاقات الثنائية بين البرنامج المجتمعي وبرامج التأهيل المتخصص الخارجية، ويبين الشكل (4) نظام التحويل المقترح في منهجية التأهيل المجتمعي، وتاليا بعض الأمثلة لمجالات التحويل التخصصي:

- الاستعانة بمؤسسات التشخيص الحكومية أو الأهلية المتخصصة لتحديد فئات الإعاقة وحاجاتها ، ويمكن أن يتم التشخيص داخل المجتمع أو في مركز التشخيص الخارجي.

- العلاج الطبي والمداخلات الطبية المتخصصة لمرضى الصرع والمرضى الذهانيين وإصابات العين والأذن والجراحة التجبيرية والعلاج الطبيعي لحالات الشلل الدماغي.

- تدريب العاملين المحليين بمن فيهم القيادات والمشرفين والعاملين والمتطوعين في مجالات التأهيل وإدارة البرنامج وتنظيم المجتمعات المحلية وغيرها من المجالات الضرورية ، ويمكن تنظيم برامج التدريب بشكل فردي أو جماعي داخل المجتمع أو خارجه.

- التدريب المتخصص لمهارة تصنيع الأجهزة التعويضية والأدوات المساعدة والجبائر وطرائق التعليم وصناعة وسائل الإيضاح وغيرها من النشاطات التي تتطلب مهارة خاصة.

- تطوير مهارة استخدام لغة الإشارة للصم أو طريقة بريل لتعليم المكفوفين أو التدريب الحركي للمعوقين جسديا وغيرها من الوسائل المتخصصة.

- التدرب على إجراءات التأهيل المهني واستحداث المشروعات المدرة للدخل.

- التنسيق مع مراكز الإحصاء والبحوث والدراسات والتقييم.

الشكل (4) المنظور الوطني لنظام إيتاء الخدمات للأشخاص المعوقين في برنامج التأهيل المجتمعي

الحاجات التأهيلية			
المستوى الوطني مراكز البحوث والتشخيص والإحصاء والبحوث ومؤسسات التأهيل عالي التخصص الطبي والتعليمي والمهني ومراكز الإدارة والتشريع الحكومية	المؤسسات الوطنية	عالية التخصص	%10
المستوى الوسيطي: المستشفيات ومؤسسات التعليم ومراكزتأهيل المعوقين ومراكز التدريب	مؤسسات التحويل	على مستوى المنطقة والمحافظة	%20
المستوى المجتمعي برامج ونشاطات الاسرة والمجتمع نحو كالرعاية الصحيةالأولية والمدارس والورش الحرفية ومراكز الشباب والمرأة والمساجد وتسهيلات المجتمع الأخرى	برامج التأهيل المجتمعي	برامج التأهيل	%70

الاهداف الاساسية: الوقاية والتأهيل والمشاركة الكاملة والمساواة

- **رابعا: التأهيل في المجتمع المحلي برنامج للتكامل مع الخدمات التنموية الأخرى**

يقوم برنامج التأهيل المجتمعي على الخدمات والبرامج التنموية القائمة في المجتمع، كالصحة والتعليم والزراعة والتدريب المهني وغيرها. وعادة ما ينظر إلى البرنامج المجتمعي باعتباره إضافة لبرامج الخدمات التنموية التي يحتاجها المجتمع، أما إذا قام برنامج تأهيل المعوقين في المجتمع، باعتباره البرنامج الإنمائي الأول والوحيد في المجتمع، فلن يكتب له النجاح، لافتقاره إلى البنية الأساسية للخدمات التنموية القطاعية الأخرى التي يحتاجها الشخص المعوق. فتأهيل الإعاقة ليست مجرد مجال للخدمات القطاعية الفردية، بل لا بد من التعامل مع التأهيل في إطار شمولي فيما يتعلق بشخصية الشخص ونظام الخدمات، وبما يحقق هدف دمج الأشخاص المعوقين وخدماتهم في البنى القائمة المصممة لجميع السكان بمن فيهم الأشخاص المعوقون، وفي هذا الإطار، فان تحقيق مبدأ الشمولية والدمج لخدمات التأهيل في المجتمع لا بد وأن يتوجه إلى كل من حاجات الفرد المعوق والى الخدمات القطاعية الأخرى القائمة ذات العلاقة بحاجات الأشخاص المعوقين:

أ- خدمات التأهيل الخاصة:

يملك الشخص المعوق كغيره من الناس من الخصائص العقلية والنفسية والشخصية التي تميزه عن غيره، وتهدف إجراءات التأهيل إلى تنمية هذه الخصائص وتكييفها للتعامل مع الظروف العادية قدر المستطاع وصولا إلى أقصى درجة من الدمج والتكيف في حياة المجتمع

الذي يعيش فيه، وذلك باستثمار القدرات المتبقية لدى الفرد وتنميتها وتعديلها لبناء حياة مستقلة ومتكيفة ومستقره.

تتعامل إجراءات التأهيل في المجتمع المحلي مع الفرد باعتباره جزأ من مجتمعه، له من الحقوق وعليه من الواجبات، ولديه من القدرات ما يؤهله للمشاركة في بناء حياة مستقلة ومفيدة اجتماعيا واقتصاديا، ويأتي ذلك بالتأكيد على قدراته قبل عجزه، والتعامل مع شخصية الفرد بمنظور شمولي دون التركيز على العجز المرتبط بعضو أو جزء من هذه الشخصية، فالشخص المعوق ليس هدفا لإجراءات التربية الخاصة أو التأهيل المهني أو التدريب العلاجي أو الحياتي، بمعزل عن تكوينه الشخصي وبيئته المحيطة التي يعيش فيها.

ب- تكاملية الخدمات:

يركز البرنامج العالمي للعمل مع الأشخاص المعوقين على أهمية تكاملية خدمات التأهيل في المجتمع المحلي، ويأتي ذلك بالتنسيق بين الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية وغيرها من الخدمات القائمة في المجتمع، وبحيث يكون الشخص المعوق هدفا للمداخلات الطبية والتعليمية والاجتماعية والتدريبية في آن واحد، وهو ما يستدعي التخطيط والتنسيق والتكامل بين هذه الخدمات، وتقديمها بمنظور تكاملي وليست كبرامج متلاحقة أو كميادين متجزئة متباعدة في المكان والزمان.

- **خامسا: التأهيل المجتمعي ميدان للتعاون المحلي والإقليمي والدولي:**

"إن الأنشطة الخاصة بالأشخاص المعوقين ليست محلا للخلاف السياسي، فهي تلقى تأييد الشرق والغرب والشمال والجنوب، وهذا

مجال يستطيع فيه المجتمع الدولي أن يعمل متضامنا بإخلاص، وربما يستطيع بذلك أن يعمل إلى درجة من التفاهم والثقة تمتد إلى المجالات الأخرى التي ما زال الخلاف قائما بشأنها، فالعجز يمكن أن يكون نقطة الالتقاء، تتحد عندها الجهود الوطنية والدولية من اجل إحداث تحسين حقيقي في حياة البشر".

جاءت هذه الكلمات على لسان الأمين العام للأمم المتحدة في تقديمه لمنتصف العقد الدولي للأشخاص المعوقين، وهي تعبر عن إمكانية التعاون الدولي والوطني في هذا المجال. والتأهيل المجتمعي، هو الصورة الواضحة للتكامل والتعاون بين أفراد المجتمع الواحد، لتحسين الظروف المحيطة بأوضاع أعضائه من الأشخاص المعوقين، بالمشاركة والتعاون والتفاعل والتضامن في مواجهة مسؤوليات خدمات التأهيل ضمن إمكانياتهم وقدراتهم، ويبقى المجتمع بسبب إمكانياته المادية والفنية المحدودة، هدفا للتعاون والمساعدة من المؤسسات والمنظمات والهيئات المحلية والإقليمية والدولية، حيث أن المجتمع المحلي يستطيع بإمكانياته البسيطة أن يقدم الأهم والكثير لبرنامج التأهيل، إلا انه يبقى محدود الإمكانيات في مواجهة تطوير البرنامج ماديا وفنيا، وبحيث تكون المساعدات الخارجية دعما ضروريا لاستمرار البرنامج وتطويره على المدى البعيد.

12- التطوعية (العمل التطوعي) في برنامج التأهيل المجتمعي

تدلنا خبرات التطبيق على أن هناك ما يشبه التلازم العضوي بين مفهومي التطوعية والتأهيل المجتمعي، وبحيث يصبح من الصعب تقييم

نجـاح تطبيـق التأهيـل المجتمعـي بمعـزل عـن الجهـود والمـداخلات والمشاركات التطوعية.

يتعدى مفهوم التطوع في برنامج التأهيل المجتمعي مجرد تقديم الجهود المجانية في تنفيذ نشاطات البرنامج، بل هو التعبير العملي عن معاني المشاركة والفهم والتقبل والدمج، وكلها مبادئ هامة في منهجية التأهيل المجتمعي. فإذا أريد لحاجات الأشخاص المعوقين أن تدمج في حياة المجتمع، فلا بد أن تشكل هذه الاحتياجات جزءا من الاهتمام الاجتماعي، وأن تصير مجالا لمشاركة أفراد المجتمع بمستوياتهم وإمكانياتهم كافة، وبحيث يتم دمج حقوق الأشخاص المعوقين وخدمات تأهيليهم في الحياة العامة للمجتمع، باعتبارها حقوق معترف بها ونمط تفكير وسلوك ودوافع اجتماعية متأصلة في الثقافة العامة لذلك المجتمع.

عادة ما تطلق كلمة "المتطوع" في البرنامج المجتمعي على أولئك الأشخاص المشاركين بجهودهم المجانية في عملية تنفيذ نشاطات البرنامج اليومية أو الروتينية، دون الحاجة إلى مهارة متخصصة أو إبداع مهني. بل يأتي ذلك في إطار إعدادهم وتدريبهم للقيام بأدوار ومهام محددة في البرنامج. إلا أن العمل التطوعي في البرنامج المجتمعي يمثل دورا مفتوحا للمشاركة المحلية، وبحيث يصبح هذا الدور مصدر السلطة في اتخاذ القرار من خلال الأدوار التطوعية في الإدارة والتسيير والتنفيذ والخدمات والاتصالات والتخطيط...الخ.

ليس من المبالغة في شيء، إذا قلنا أن المؤشر الأساسي لنجاح تطبيق منهجية التأهيل المجتمعي، يرتبط بمدى ما تحققه من تنمية

الاتجاهات التطوعية في المجتمع، وبما تنجزه من تحفيز ادوار المشاركة لدى الغالبية العظمى من افراد المجتمع نحو حاجات الاشخاص المعوقين في المجتمع، باعتبارها عاملا حاسما في تأكيد استمرارية البرنامج، ورافدا دائما لمقومات الحياة والبقاء، وتأكيدا على تقبل الأشخاص المعوقين وحماية حقوقهم ومواجهة حاجاتهم في مجتمعهم.

من الأمور الهامة التي يجب أن يوليها المخططون لبناء برنامج التأهيل المجتمعي، أن لا يقودنا الحماس والانفعال في بدايات استحداث البرنامج المحلي إلى تجاهل بعض الحقائق الهامة المرتبطة بالثقافة السائدة في مجتمع التطبيق، فقد يكون ما يتراءى لنا في لحظة من اللحظات، باعتباره توجها تطوعيا بالمنظور التنموي، ما هو في حقيقة الأمر، إلا صورة سلبية لمفهوم المساعدة والشفقة والإحسان إلى الفئات الضعيفة والبائسة في المجتمع. وهنا وعلى رغم أهمية الجهود التطوعية، إلا أنها من الخطورة بحيث يمكن اعتبارها عوامل هدم في بناء المنهجية المجتمعية، لارتباطها بمفهوم الدونية والعجز لدى الأشخاص المعوقين.

من هنا، من المهم أن تحظى تنمية العمل التطوعي باهتمام المخططين والمشرفين على بناء وتسيير البرنامج المجتمعي، وأن تقوم على هدف بناء اتجاه إيجابي نحو العمل العام وميدان الإعاقة بشكل خاص، من خلال إجراءات التدريب وخبرات التطبيق، بحيث يصبح دور المتطوع التزاما ونموذجا للمشاركة والمساواة والعدالة الاجتماعية في المجتمع.

يبدو من الصعب أحيانا، تقديم منهجية التأهيل المجتمعي دون تلازمها مع الجهود التطوعية من أفراد المجتمع. ولأهمية هذا التلازم، قد

يفيد أن نطرح مفهوم التطوعية وتطبيقاتها بشيء من التحليل الموضوعي، اعتمادا على خبرات التطبيق في مجتمعنا العربي، التي، وإن اختلفت فيها الجغرافيا، لكنها تقوم على مرجعية يجمع فيها التشابه والتوافق أكثر مما يفرق فيها اختلاف الثقافات.

هناك الكثير من الغموض الذي ما زال يعتري مفهوم التطوعية، ويتطلب التوضيح إذا أريد للمنهجية المجتمعية أن تتعزز وتتأصل. وهنا يبرز السؤال الهام عن حقيقة وجود التطوعية المثالية والمجردة؟ وما هي المبادئ والقيم التي يمكن اعتمادها محددات أساسية للتطوعية في الموقف التطبيقي؟. بلا تردد، يمكن القول، أن التطوعية المثالية والمجردة لا توجد على أرض الواقع. وهنا يبرز السؤال: ما العمل؟

هنا، يجب أن نوضح أن التطوعية هي انعكاس للأنماط السلوكية السائدة في ثقافة المجتمع، وحيث أن المجتمع المثالي بقيمه وسلوكياته، غير موجود على أرض الواقع، فمن البديهي أن تبقى التطوعية سلوكا نسبيا وليس مثاليا في الموقف التطبيقي. وعلى رغم أن ثقافتنا العربية والإسلامية، تتضمن الكثير من المرجعيات الداعمة لإفراز تطوعية إيجابية، كالدين والتكافل الأسري والاجتماعي والتعاون والموقف الشعبي من الإعاقة الناتجة عن الحروب، وغيرها من المرجعيات التي تميز الثقافة العربية عن غيرها من الثقافات في تحديد الدوافع والاتجاهات العامة نحو العمل التطوعي، إلا أن العمل التطوعي في ثقافتنا ما زال محكوما ببعض المحددات المرتبطة بالظروف الاقتصادية، وترتيب أولويات الحياة وديمقراطية اتخاذ القرار، والنظرة الاجتماعية للعمل

التطوعي، وغيرها من محددات سلوك الأفراد والجماعات في المجتمع العربي.

انطلاقا من هذا الفهم، ونظرا لأهمية تفعيل المشاركة المحلية في بناء وتطوير برنامج التأهيل المجتمعي، على المخططين أن يهتموا في بدايات استحداث البرنامج المجتمعي بتحليل المؤثرات السلوكية للمجتمع، بما تتضمنه من مرجعيات ومحددات للعمل التطوعي في ذلك المجتمع، وفي فترة زمنية معينة، فما يمكن أن يكون دافعا أساسيا للعمل التطوعي في المجتمع الأردني في فترة معينة، قد يختلف عنه في المجتمع اللبناني أو السوري، وما يمكن أن يكون مرجعية ذات تأثير حاسم في توجيه العمل التطوعي في فلسطين خلال فترة معينة، قد لا تكون ذات شأن في مجتمعات الخليج العربي أو المغرب العربي.

تدل خبرات تطبيق منهجية التأهيل المجتمعي خلال العقدين الماضيين في العديد من المجتمعات العربية إلى تحديد بعض الموجهات المؤثرة في توجيه التطوعية. وعلى رغم أن هدف هذا التحديد لا يعني تقديم قائمة حصرية حول هذه الموجهات المؤثرة، بل إلى توضيح بعض المرجعيات الأساسية في تشكيل توجهات العمل التطوعي في مجتمعنا العربي. وتاليا تلخيص لبعض هذه المرجعيات:

- **أولا: التطوعية القائمة على الالتزام الديني :**

تقوم الأديان السماوية على تعزيز مبادىء ومفاهيم الرحمة والتسامح والاهتمام بإنسانية وكرامة وحقوق الإنسان في مجتمعه، وربما تكزن فترة ظهور الاديان السماوية بما تحمله من المعاني السامية نحو

الانسان هي البداية الحقيقية في تعديل اتجاهات النبذ والعزل التي واكبت العهود القديمة في نظرتها للاشخاص المعوقين.

مما سبق، فقد كان للكنيسة المسيحية دورا حاسما في تغيير اتجاهات العامة نحو الاشخاص المعوقين، وقد تمثل ذلك الدور في دعوتها الى الحفاظ على الروح البشرية والحد من ممارسات النبذ والعزل والخلاص من الاعضاء المعوقين، والمبادرة الى استحداث دور الرعاية والايواء لاعداد كبيرة من الاشخاص المعوقين في اوروبا، وهو ما شجع التوجهات الحكومية والشعبية اللاحقة نحو الاشخاص المعوقين وخدماتهم.

لقد أولى الدين الإسلامي اهتماما خاصا بالمرضى والضعفاء والمعوقين، وقد أوصى النبي محمد (ﷺ) على منح الأفراد المعوقين السلام النفسي والسكينة والاطمئنان القائم على احترام إنسانية الإنسان، وحذر بقوة من الشماتة بالآخر بسبب نقص أو تشويه أو إعاقة يعاني منها الإنسان، وورد في القرآن الكريم ذكر المعوقين بصريا، حيث يعاتب الله سبحانه وتعالى نبيه الكريم "عبس وتولى أن جاءه الأعمى وما يدريك لعله يزّكى".

لقد حفظ الإسلام حقوق المعوقين من خلال الحقوق العامة في المجتمع، فالمعوق وان فقد بعض خصائص الذكاء أو الإدراك أو الشعور، فهو لم يفقد صفة الإنسان. وإن له حقوقا على والديه وعلى المجتمع، ويقول سبحانه في محكم كتابه "ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج"، وما الإعاقة إلا نوع من المرض والابتلاء. (مقالة للشيخ هاني سويدان في جريدة الرأي الأردنية في 1994/9/2).

عني الخلفاء الراشدون وحكام المسلمين، بالمرضى والمعوقين، ويبدو ذلك من اهتمام الخليفتان عمر بن الخطاب وعمر بن عبد العزيز، بتوفير الرعاية الاجتماعية للمعوقين، حيث يرد في المراجع التاريخية، أن عمر بن عبد العزيز، حث على إجراء إحصاء للمعوقين، وخصص مرافقا لكل كفيف وخادما لكل مقعد. أما الخليفة الوليد بن عبد الملك، فقد اشتهر برعايته للمعوقين، وقد بلغ عنه أنه قال "الزمنى(المعوق) أحب إلى أهله من الصحيح"، وقد تمثل اهتمامه ببناء دور الرعاية للمعوقين المشلولين والمكفوفين، وأمر بالقضاء على التسول الذي كان وسيلة العيش للمعوقين وخصص راتبا لكل منهم.

ما يهمنا هنا هو تأكيد أهمية الدافع الذي يقوم على الوازع الديني نحو العمل التطوعي، وتدلنا خبرات التطبيق في العديد من المجتمعات العربية في أن الكثير من اللجان المحلية لبرامج التأهيل المجتمعي تضم أعضاء مؤثرين من علماء الدين وأئمة المساجد، والرجال والنساء المشهود لهم ولهن بالورع والالتزام الديني، وهو ما ينعكس ايجابيا على ترسيخ قواعد العمل التطوعي، ويرفد البرنامج بعوامل استمراره وقوته، وهناك عشرات من القادة المحليين وعاملي التأهيل والمتطوعين المحليين الذين امتدت مشاركتهم التطوعية لسنوات، انطلاقا من التزامهم الديني نحو مساعدة الضعفاء والمرضى والمعوقين.

- **ثانيا: المسؤولية الاجتماعية نحو العمل المجتمعي**

يوجه الإحساس بالمسؤولية العامة عند بعض الشرائح المتعلمة والمثقفة من أفراد المجتمع إلى تبني أهداف تنمية مجتمعها، والمساهمة في

تنظيمه، وتفعيل مصادر قوته الداخلية وتعزيز مبدأ الاعتماد على الذات وتنظيم الجهود المحلية وتحسين ظروف حياة المجتمع، باعتبارها تعبيرا عن الانتماء والتحيز الايجابي لحاجات ومصالح مجتمعها.

تشير الخبرة التطبيقية في بناء برنامج التأهيل المجتمعي، إلى أهمية الدافع التطوعي القائم على الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية، لأنها تقوم على مبدأ توجيه نشاط الأفراد، نحو بناء برامج تنمية المجتمع من خلال منظور شمولي علمي، وبحيث تكون الإعاقة جزءا من محصلة الاهتمامات الاجتماعية نحو تحسين وتطوير مختلف مجالات الحياة لذلك المجتمع، وهو ما يفيد في دمج خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في البرنامج التنموي الشامل للمجتمع.

وعلى رغم أهمية المسؤولية الاجتماعية في توجيه العمل التطوعي، إلا أن خبرات التطبيق تتضمن بعض النماذج السلبية، وذلك عندما يهيمن التنظير على أهداف التفاعل والمشاركة الميدانية، الذي يعود في مجمل أسبابه إلى عدم التفرغ أو لارتباطات وظيفية خارج المجتمع في معظم الوقت.

- **ثالثا: التطوعية المرتبطة بالمنزلة الاجتماعية**

يقوم برنامج التأهيل المجتمعي على مبدأ تعزيز الانفتاح والمشاركة المجتمعية في تنفيذ نشاطات البرنامج، وهنا قد يتوجه البرنامج إلى الاستفادة من التأثير الذي يمثله بعض الرموز الاجتماعية التقليدية في المجتمع في إحداث التغيير وتعزيز المشاركة المجتمعية.

إلا أنه يحدث أحيانا أن يتم استحداث البرنامج في مجتمع ريفي مغلق، تكون فيه سلطة اتخاذ القرار في أيدي مجموعة من الوجهاء أو الأعيان أو كبار السن أو المتنفذين التقليديين، وهنا، وفي غياب ديمقراطية الاختيار وعدم نضج الوعي الاجتماعي في مثل هذه المجتمعات المغلقة، فقد تتصدر هذه المجموعة التقليدية مسؤولية اتخاذ القرار وتتجاهل رأي غالبية السكان في إطار ممارساتها التقليدية لموقع السلطة. وعادة ما يكون غاية همها الحفاظ على امتيازاتها التقليدية، ويصبح ارتباطها بالبرنامج المجتمعي، وكأنه نوع من الاستغلال للفكرة والهدف الذي يقوم عليه البرنامج، ما قد ينعكس على البرنامج سلبا.

تقودنا خبرات التطبيق الميداني خلال العقدين الماضيين إلى كثير من المواقف الخاطئة والخطيرة في العمل التطوعي، نتيجة للممارسات السلبية لبعض المتسلطين الذين يتمحورون حول مصالحهم الذاتية لتعزيز نفوذهم في المجتمع، إذ كان من نتائجها أن أضعفت التطبيق، وأثارت العديد من الشكوك والاتهام حول المفهوم، وأفقدت المجتمعات الكثير من الحماس والدافعية، وأدت إلى تدني مستوى الثقة لدى المجتمعات بصدق المنهجية في الموقف التطبيقي. وهنا فان مسؤولية المخططين أن يتنبهوا لمجموعات المتسلطين النفعيين الذين قد يجدوا طريقهم إلى البرنامج ليمارسوا من خلاله نفوذهم، وكأنهم امتداد لسلطة المجتمع التقليدي الذي يقوم على العشائرية والقوة المادية، وبحيث يصبح تواجدهم تهديدا للمبادئ التي تحكم منهجية التطبيق.

- **رابعا: الحصول على الوظيفة**

كما ذكرنا سابقا، فان التطوعية المثالية والمجردة لا توجد على أرض الواقع، ولو افترضنا جدلا توفر موجهات العمل التطوعي القائمة على الالتزام الاجتماعي، فإنها تفتقد إلى مقومات الاستمرار، لأسباب تتعلق بأولويات المتطوع في بناء مستقبله من خلال وظيفة دائمة تحقق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي.

من البديهي أن يستقطب برنامج التأهيل المجتمعي الكثير من الأشخاص الذين تحدوهم الرغبة الصادقة للمساهمة في بناء البرنامج. وعلى رغم ذلك، إلا أن موضوعية الحكم تفترض أن هذا المتطوع سوف يصل فيها إلى نقطة يطرح سؤالا حول فترة عمله التطوعي وتفرغه المجاني في البرنامج، وهو طرح منطقي ومبرر وطبيعي لارتباطه بالبحث عن الذات وبناء المستقبل المهني والوظيفي، الذي يحقق لصاحبه أسباب الحياة الاقتصادية والاجتماعية في مجتمعه.

تقود خبرات التطبيق إلى موقف إحدى الرائدات المتطوعات في أحد برنامج التأهيل المجتمعي في الأردن، حين حضرت وهي تحمل عقد عمل في إحدى دول الخليج، وبما يحقق لها ولأسرتها الفقيرة دخلا جيدا، إلا أنها اختارت الاستمرار في البرنامج بذلك المردود المادي البسيط، ولم يكن تقديم العقد يمثل ورقة ضغط تلوح بها للحصول على مكسب مادي، بل كان إثباتا على إمكانية الحصول على وظيفة تحقق لها ولأسرتها الفقيرة دخلا ماديا محترما، وذكرت أنها في طريق رفض هذا العقد، لأنها لا تستطيع أن تتصور نفسها بعيدة عن هذا البرنامج، وأن

كل ما كانت تطمح إليه هو أن يوفر لها البرنامج، مبلغا بسيطا يدعم موقفها أمام ضغط الأسرة الداعي إلى ضرورة البحث عن وظيفة تساعدهم على مواجهة ظروفهم السيئة.

وهناك متطوعة أخرى جاءت تقدم للبرنامج مصروفها الشخصي الشهري الذي يؤمنه لها أخوها المغترب، ليعمل البرنامج بدوره على تقديم المبلغ لأسرتها باعتباره دخلا شهريا وراتبا لعملها مع الأشخاص المعوقين، وهناك الكثير من الأمثلة الرائعة التي تزخر بها خبرات التطبيق في مجال العمل التطوعي النموذجي.

ان من اهم واجبات المخططين، أن يتوقعوا مثل هذا الموقف، وأن يستعدوا لإيجاد الحلول المناسبة التي تدعم استمرار المتطوعين في البرنامج للاستفادة من خبراتهم والتزامهم بالبرنامج وتفهمهم لحاجات الاشخاص المعوقين والمجتمع المحلي، وعلى رغم الحاجة الدائمة إلى رفد البرنامج بالمتطوعين الجدد، إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أن يهمل البرنامج تلك الخبرات المؤهلة والمدربة أو أن يستغني عنهم دون توفر الكفاءات البديلة الضرورية لاستمرار البرنامج وتطوره في إطاره المجتمعي.

من الطبيعي أن يصل المتطوع إلى مرحلة البحث عن الذات والمطالبة بتحديد مستقبله المهني والوظيفي مع البرنامج، وهنا، قد يكون من المجافاة للحقيقة والموضوعية اتهامه بالخروج عن المبدأ أو المثالية بسبب انحيازه إلى ذاته.. فهل مطالبته الحصول على وظيفة أو حافز مادي يوفر له أسباب الحياة المستقلة، يعني انتقاصا من ولائه للبرنامج؟ وهل من الواجب أن نمنعه من التفكير فيما يمكن أن يهيئ له فرصة الاستمرار

في مجال محبب لنفسه، شريطة أن يحقق له أو لها، بعضا من الاستقرار النفسي والكفاية المادية.

خلاصة القول فإن توقع المتطوع بالحصول على وظيفة في البرنامج المجتمعي، هي من الحقائق التي يجب التعامل معها بواقعية، فالحصول على الوظيفة في مجتمعنا يتعدى حدود المردود المادي، إلى توفير الاستقرار النفسي وتعزيز الموقف الاجتماعي الذي يكسب صاحبه احترام الآخرين ويحقق تقدير الذات ويدعم بناء حياة مستقلة اقتصاديا واجتماعيا.

- **خامسا: الحصول على فرص التدريب والخبرة**

تتميز منهجية التأهيل المجتمعي بأنها ميدان مفتوح للمشاركة المحلية في نشاطات البرنامج، وبأنها مجال واسع لتوفير التدريب والخبرة لسائر أفراد المجتمع، بل إن مسؤولية البرنامج تتركز حول تطوير القدرة والمهارة لدى الأسر والمتطوعين والعاملين والقادة المحليين، بما يفيد في تمكين المجتمع من مواجهة الحاجات التاهيلية لأعضائه من المعوقين. وهنا يصبح البرنامج ميدانا مناسبا لتدريب المتطوعين المحليين، وبما يؤهلهم للحصول على الوظائف الدائمة في مؤسسات التأهيل أو في البرامج التي تشترط توفر الخبرة والمهارة للحصول على الوظائف المفتوحة. وتشير خبرات التطبيق إلى أن العديد من المتطوعين، قد تمكنوا من الحصول على وظائف ذات مردود اقتصادي جيد، اعتمادا على المهارات والخبرات المكتسبة خلال مشاركتهم التطوعية في البرنامج المجتمعي.

خلاصة القول أن تقديم الموجهات الخمسة السابقة، لا يعني أنها المحددات الحصرية للعمل التطوعي في مجتمعنا، فهناك العديد من الأسباب والدوافع والحوافز التي توجه العمل التطوعي، وتختلف هذه الموجهات وتأثيرها، باختلاف الثقافات والظروف، وليس أدل على ما نقول هو ما تشهده الأراضي الفلسطينية خلال ما يزيد عن عقد من الزمان من مواجهات عسكرية بسبب الاحتلال الإسرائيلي، حيث أصبح الموجه الأساسي للعمل التطوعي في مجال تأهيل المعوقين في فلسطين، يقوم على منظور وطني نحو معوقي الانتفاضة الفلسطينية، وقد كان مثل هذا الموجه هو الدافع الحاسم للعمل التطوعي في لبنان خلال العقدين الماضيين كنتيجة للحرب الأهلية خلال تلك الفترة، وهو نفس الموجه للعمل التطوعي في مجال تأهيل المعوقين في العراق والسودان وغيرها في الوقت الراهن.

الفصل الثالث

التطبيق العملي لبرنامج التأهيل في المجتمع المحلي -خطوات التنفيذ-

الفصل الثالث

التطبيق العملي لبرنامج التأهيل في المجتمع المحلي -خطوات التنفيذ-

يهدف برنامج التأهيل في المجتمع المحلي إلى تحقيق دمج الأشخاص المعوقين في بيئاتهم، ونعرض هنا لثلاث مراحل في بناء البرنامج المجتمعي، وعلى رغم صعوبة الفصل بين هذه المراحل في الموقف التطبيقي، إلا أن تقديمها هنا هو لهدف إجرائي، إذ هناك الكثير من التداخل بين مختلف نشاطات البرنامج المجتمعي، فهناك نشاطات فردية ترتبط بمرحلة معينة وهناك نشاطات تستمر بوجود البرنامج.

أولا: المرحلة لتحضيرية:

1 - الاستكشاف والتحليل لواقع مجتمع التطبيق :

تقوم منهجية التأهيل المجتمعي على مبدأ يهدف الى إشراك ومشاركة الشخص المعوق والأسرة والمجتمع والدولة في تنظيم وتطوير خدمات تأهيل الاشخاص المعوقين، وتتبدى فاعلية تطبيق هذه المنهجية المجتمعية في مدى مواءمتها للنسيج الثقافي والاجتماعي والاقتصادي والحضاري لمجتمع التطبيق.

بنيت المنهجية المجتمعية على فرضية وجود المجتمع المثالي الذي يتسم بالانفتاح والتعاون وتحمل المسؤولية والمشاركة، الا ان مثل هذا المجتمع المثالي لا يوجد في الواقع، ما يستلزم إجراء تحليل متفرد للخصائص التي تشكل الإطار الذي يمكن أن تبنى عليه الاستراتيجيات

المناسبة للتطبيق، وبحيث يستحيل تطبيق منهجية التأهيل المجتمعي دون تحديد مواصفات المجتمع المستهدف، وتشمل :

- الموقع الجغرافي ومدى ارتباطه بالعالم الخارجي كالمواصلات والاتصالات.
- تحديد البرامج التنموية القائمة في المجتمع كالصحة والتعليم والثقافة وغيرها.
- تحديد التركيب الثقافي والاجتماعي والحضاري للمجتمع كالعادات والتقاليد والاتجاهات والقيم والخصائص المميزة الأخرى.
- التركيب الديمغرافي حول عدد السكان وتوزيعهم وتركيب الأسرة ومتوسط الأعمار والجنس وغيرها.
- تحديد مقومات الاقتصاد ومستوى الدخل والإنتاج في المجتمع.
- تحديد الاتجاهات الاجتماعية الموجهة لتفكير المجتمع ومدى تأثيرها في إحداث التغيير الفكري والحضاري والثقافي في المجتمع.
- توضيح نمط العلاقات الاجتماعية السائدة وتأثيرها في سلطة اتخاذ القرار.
- تحديد مدى انفتاح المجتمع على النشاطات والمساعدات الخارجية.
- تحديد الاستراتيجيات اللازمة لإحداث التغيير في المجتمع.

2 - التوعية الاجتماعية وتعبئة المجتمع:

لا بد من تنمية الوعي لدى المعوق والأسرة والمجتمع بأهمية التوجهات التي تحقق للشخص المعوق إنسانيته وكرامته وتؤكد حقوقه في موارد المجتمع وتسهيلاته وخدماته وبرامجه وتضعه أمام مسؤوليات المواطنة، وتهيئ له فرصة المشاركة في بناء الذات والمجتمع.

قامت منهجية التأهيل في المجتمع المحلي على أنقاض فشل التأهيل التقليدي الذي يركز على العجز بالمنظور المرضي، وإهمال القدرات التعويضية الكامنة لدى الشخص المعوق وحاجاته الاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي تتعدى محدودية العجز الناتج عن الإعاقة.

تعتمد فعالية منهجية التأهيل المجتمعي في مدى قدرة البرنامج في إثارة الحس والوعي الاجتماعي لدى المعوق والأسرة وباقي أفراد المجتمع حول أهمية التعاون والمشاركة في تخطيط وتنفيذ إجراءات تأهيل الأشخاص المعوقين، وفي فهم المعوق بوصفه إنسانا، وبأن له من الحاجات ولديه من القدرات، ما يمكنه من أن يكون شريكا ومشاركا في بناء الذات والمجتمع، فالاتجاهات الاجتماعية سواء فيما يتعلق باتجاهات المعوق وأسرته نحو الإعاقة أو الاتجاهات الاجتماعية السائدة في المجتمع نحو المعوقين وخدماتهم، يجب أن تتصدر نشاطات استحداث برنامج التأهيل المجتمعي، لما تمثله الاتجاهات الإيجابية نحو المعوقين وخدماتهم من أهمية في التمهيد لبناء البرنامج المجتمعي، وتدل خبرات التطبيق الميداني في البيئة العربية إلى بعض الاستراتيجيات التي يمكن اعتمادها لتنمية الوعي الاجتماعي، وتشمل:

- الندوات العامة واللقاءات التثقيفية حول الإعاقة والمعوقين.
- الدورات التدريبية للقادة المحليين والمتعلمين في المجتمع.
- النشرات والكتب الخاصة بإجراءات التأهيل ومجالاته.
- استخدام وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة.
- تقديم النماذج الناجحة للنشاطات والأشخاص المعوقين.
- البدء بالنشاطات الريادية في المجتمع بما يستقطب الاهتمام الاجتماعي بجدوى وأهمية المشاركة في مواجهة المشكلة.
- إشراك الرموز الاجتماعية والمعوقين وأسرهم في تخطيط وتنفيذ النشاطات الموجهة نحو المعوقين.
- استقدام الخبرات والموارد الخارجية بما يدعم الموقف المحلي.
- أية نشاطات أخرى تفيد تنمية الوعي الاجتماعي.

3 - تنظيم المجتمع المحلي (اللجنة المحلية)

لا يوجد نموذج محدد يمكن تعميمه في تنظيم المجتمع المحلي، وذلك لأسباب إدارية وثقافية، لكن المهم أن يقوم بناء البرنامج على مبدأ تفعيل دور المجتمع المحلي في التخطيط والتطوير، والتأكيد على الدور الحكومي في المتابعة والإشراف من خلال سياسة حكومية تعنى بالتخطيط والتنسيق والتسهيل وتدريب العاملين على المستويين المحلي والوطني.

ضمن هذا التوجه، قد يكون من المهم أن تتضمن المرحلة التحضيرية، تشكيل اللجنة المحلية من مجموعة من الأشخاص الممثلين للمجتمع في قيادة وتسيير النشاطات واتخاذ القرارات المتعلقة ببناء وتطوير وتسيير البرنامج على المدى البعيد، ومن الضروري أن تضم اللجنة في عضويتها، بعض الأشخاص المعوقين وأسرهم، وبعض الشخصيات التي تحظى بالتقدير والاحترام والثقة من المجتمع، كرجال الدين والوجهاء والمتعلمين والأطباء والتجار وغيرهم ممن يتمتعون بأدوار قيادية ومؤثرة في حياة المجتمع وممن يملكون القدرة والكفاءة في اتخاذ القرارات العامة التي تفيد تنمية المجتمع الذي يمثلونه وينتمون إليه.

4- اختيار منطقة البرنامج:

هناك الكثير من المتغيرات التي تحكم بناء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي، التي ترتبط بالخصائص الثقافية والحضارية لمجتمع التطبيق المستهدف، وعليه فقد يكون من المستحسن أن يبدأ تطبيق منهجية التأهيل المجتمعي، باستحداث نموذج ريادي تجريبي، حيث يتيح مثل هذا التوجه التجريبي، فرصة التحقق من مواقف القوة والضعف في بناء البرنامج اعتمادا على تقييم نتائج التطبيق الريادي، وهو ما يفيد في تعديل استراتيجيات التطبيق في مرحلة التعميم والتوسع اللاحقة، وعلى الرغم من أن إعادة التطبيق في منطقة أخرى، لا يعني بالضرورة نسخا نموذجيا للإجراءات التطبيقية السابقة، لأسباب تتعلق بمتغيرات التركيب الثقافي والاجتماعي من مجتمع لآخر، إلا أن الاستحداث الريادي يجنب المخططين والقائمين على رسم الاستراتيجيات الوطنية، من الوقوع في

أخطاء حاسمة قد تنعكس نتائجها سلبا على قناعات المجتمع والأشخاص المعوقين والأهالي حول بالمنهجية المجتمعية.

يبدأ البرنامج في منطقة تتوفر فيها مواصفات يمكن أن تنبئ بإمكانيات النجاح، وعلى الرغم من عدم توفر مواصفات المجتمع المثالي للتطبيق، إلا أن هناك بعض المميزات والخصائص الواجب توفرها في المجتمع المستهدف، وتشمل ما يلي:

- الاتجاه الإيجابي نحو المشاركة في العمل العام.
- التكامل والتضامن والتعاضد بين أفراد المجتمع.
- الانفتاح الاجتماعي نحو التغيير.
- وجود المتطوعين المحليين الذين يمكن أن يساهموا في نشاطات المجتمع.
- توفر الموارد الأساسية والبرامج التنموية الأخرى في المجتمع كالمدارس والعيادات والورش الحرفية وأية برامج تنموية أخرى.
- سهولة الاتصال مع العالم الخارجي من خلال طرق المواصلات والاتصالات لتسهيل وصول موارد الدعم الفني للمجتمع.
- القرب النسبي من المركز الإداري المسئول عن تطبيق الإستراتيجية.
- حاجة المجتمع لخدمات تأهيل المعوقين وعدم توفرها في المحيط القريب.

- وجـود الأشـخاص المعـوقين في المجتمـع، بمـا يـبرر استحداث البرنامج.

5 - اختيار قائد البرنامج (المشرف المحلي)

يعتبر اختيار قائد البرنامج، أو المشرف المحلي إحدى المهام الرئيسية المنوطة باللجنة المحلية، لتولي مسؤولية تطوير النشاطات ومساعدة اللجنة في التخطيط والتسيير للنشاطات المرتبطة بالبرنامج، ويحدث أحيانا أن يتم اختيار قائد البرنامج في المرحلة الأولى للاستحداث من خارج المجتمع، لأسباب تتعلق بعدم توفر الكفاءة المطلوبة بين العاملين المحليين، إلا أن من المفضل أن يكون هذا الاختيار من المجتمع المحلي، لأسباب عديدة منها تقبل المجتمع ومعرفة الواقع وتفهم الظروف والإمكانيات المحلية والدراية بالأولويات، إضافة لما يمثله الاختيار المحلي من تأكيد استثمار الموارد البشرية في المجتمع.

غالبا ما يحدث خلط في تحديد الأدوار المنوطة بالمشرف المحلي واللجنة المحلية، فاللجنة المحلية هي الإطار العام للحماية والدعم والتمثيل للبرنامج في داخل المجتمع وخارجه، وهي المرجعية العليا لخدمات التأهيل في المجتمع وفي علاقات البرنامج مع العالم الخارجي، بما فيها الحكومة ومنظمات الدعم المحلية والدولية. أما المشرف المحلي فهو المسئول المباشر عن توفير المعلومات وتسيير النشاط اليومي للخدمات على المستوى المحلي. ويكون مسئولا أمام اللجنة المحلية حول تسيير البرنامج وتطوير النشاطات الهادفة إلى تحسين مختلف أوجه الحياة للأشخاص المعوقين في المجتمع.

عادة ما يتم اختيار المشرف المحلي من العاملين في المجال الاجتماعي أو المهني أو التعليمي، بالتنسيق بين اللجنة المحلية والمسئول الحكومي (المنسق الوطني الحكومي للتأهيل المجتمعي)، ويكون هذا الاختيار لشخص تتوفر فيه الكفاءة، ويتصف بالاستعداد والرغبة في مساعدة الآخرين، ويتميز بالقدرة على الإقناع واستقطاب الجهود المحلية، ويتسم بكونه رائدا في إحداث التغيير، وملتزما بمبدأ المشاركة كأسلوب تنموي يعزز الديمقراطية والمساواة في اتخاذ القرار، وليس ضروريا أن يكون المشرف المحلي أخصائيا في مجال إعادة التأهيل أو التنمية الاجتماعية، إنما يتصف بالقابلية للتدريب وكسب المعرفة في مجال التأهيل، وإعداده ليكون مرجعية معرفية للمعوقين واللجنة المحلية والمجتمع، فيما يتعلق بإجراءات وأهداف ومجالات تأهيل المعوقين بمنظورها الشامل.

ثانيا: المرحلة التنفيذية:

1- كيف تجعل الأشياء تبدا :

تعتبر المرحلة التحضيرية حاسمة في تحديد بناء البرنامج المجتمعي، وتحمل معها مقومات نجاح البرنامج أو فشله، لأسباب ترتبط بالتوقعات التي تثيرها هذه المرحلة لدى المعوق والأسرة والمجتمع نحو النشاطات اللاحقة في مواجهة الحاجات التاهيلية للمعوقين، ومن هنا فقد يكون من الضروري أن تستتبع المرحلة التحضيرية بأنشطة عملية مباشرة، بغض النظر عن مستواها أو فعاليتها، فالمهم أن تجعل الأشياء تبدأ، فالمرحلة التحضيرية تهدف إلى تحفيز واجتذاب المجتمع نحو أدوار المشاركة. وهنا يكون استحداث النشاطات وتنفيذها، مؤشرا على تأكيد صدق التوجه نحو التطبيق العملي للمنهجية المجتمعية.

2- دراسة مشكلة الإعاقة في المجتمع :

يبدأ برنامج التأهيل في المجتمع بتحليل واقع الإعاقة وظروفها وتأثيرها على حياة الاسرة والمجتمع، وذلك بإعطاء صورة شاملة عن مدى شيوع الإعاقة، وارتباطها بالبناء الاجتماعي والحضاري السائد في ذلك المجتمع، وتتمثل أهمية دراسة المشكلة بما يلي:

- تحديد حجم المشكلة ومدى شيوع الإعاقة في المجتمع.
- تحديد مواصفات المشكلة وأسبابها وظروفها.
- تحديد الخدمات المتوفره إن وجدت في تأهيل الأشخاص المعوقين.

- تحديد الخدمات المقترحة للمعوقين في المجتمع.
- تخطيط برامج الوقاية والتأهيل المناسبة ضمن الإمكانيات المتوفره والأولويات المحدده.

تعتبر الدراسة المسحية البيتية الأسلوب الأمثل لاكتشاف مشكلة الإعاقة في المجتمع وتحديد مواصفاتها وتأثيرها وأسبابها، فإضافة إلى الدقة التي توفرها هذه المنهجية في توفير وتنظيم المعلومات والبيانات حول الإعاقة في المجتمع، فإنها تمثل حملة إعلامية وتثقيفية موجهة إلى كل بيت في المجتمع المحلي.

يقوم على إجراء الدراسة المسحية للإعاقات في المجتمع مجموعة من المتطوعين المتعلمين الذين يجري تدريبهم لفترة قصيرة بإشراف قائد المشروع، وتتم الدراسة من خلال استبيان استقصائي مبسط يتضمن بعض الأسئلة السهلة حول وجود مشكلة لدى أحد أفراد الأسرة في الحركة أو السمع أو البصر أو التعلم.

باستكمال التشخيص المبدئي للإعاقات من خلال الفريق المحلي، تجري دراسة تشخيصية تخصصية لتحديد فئة الإعاقة وشدتها وإصدار التوصيات اللازمة بشأنها، وعادة ما يقوم بهذه الدراسة فريق تشخيص خارجي، في إطار إستراتيجية التكامل مع مؤسسات التحويل التخصصي. وتتضمن الدراسة الإحصائية للإعاقات في المجتمع مجموعة من الإجراءات كما هو موضح في الإطار (7).

الإطار (7)

إجراءات الدراسة الإحصائية للإعاقات في المجتمع

- توعية المجتمع المحلي بأهمية الدراسة وأهدافها.
- استقبال المتطوعين وتسجيلهم وتصنيفهم وفق مستويات تعليمهم ورغباتهم.
- تنظيم برنامج تدريبي مبسط للمتطوعين حول طرق جمع وتنظيم بيانات الإعاقة.
- التأكيد على الاحتياطات الأمنية أثناء جمع المعلومات للمحافظة على سلامة الإجراء وسرية المعلومات
- إجراء تقسيم جغرافي لمنطقة الدراسة وإعداد قوائم بالمساكن وبمعدل 20 منزلا في كل قائمة
- إعداد نموذج الدراسة المسحية ومناقشته وتعديله
- تنظيم برنامج تدريب العاملين والمتطوعين لمدة 2- 3 ايام حول طرق جمع المعلومات والزيارات المنزلية
- تطبيق الدراسة التجريبية وإجراء التعديل اللازم في محتوى الاستمارة إذا لزم
- تطبيق الدراسة المسحية النهائية
- تفريغ النتائج والبيانات وتصنيفها حسب الفئات والأعمار والأسباب وطبيعة الاعتلال ومنطقة السكن
- تشكيل فريق محلي لإجراء التشخيص المبدئي للإعاقات وتحديد الحاجات
- التنسيق مع مركز تشخيص متخصص لإجراء التشخيص النهائي
- تصنيف الإعاقات المكتشفة حسب العمر والفئة والحاجات
- إجراء الاتصالات الضرورية لتحويل الإعاقات المحتاجة للتدخلات المتخصصة
- تحليل النتائج فيما يتعلق بالأعداد والأسباب والخصائص الأخرى
- تحديد الحاجات التاهيلية ذات الأولوية
- تخزين البيانات والمعلومات المحصلة لتسهيل الرجوع إليها وقت الضرورة.

3- التدريب- تكنولوجيا تطوير المهارات

تقوم منهجية التدريب في برنامج التأهيل المجتمعي على مبدأ التعلم من الناس، وتطوير الأساليب الملائمة للتركيب الثقافي والحضاري للمجتمع في بناء نظام إيتاء الخدمات التاهيلية للأشخاص المعوقين، ويلاحظ أن غياب المرجعيات والمنشورات حول المنهجيات التدريبية للعاملين في الميدان في منطقتنا العربية، كانت وما تزال إحدى أهم المشكلات التي تعترض تطور البرامج المجتمعية وتعميمها في منطقتنا، وعلى رغم المحاولات التي تبنتها بعض المؤسسات المحلية والدولية العاملة في الميدان، حول تطوير البرامج التدريبية للعاملين في برامج التأهيل المجتمعي، إلا أنه يمكن عمل الكثير لتطوير البرامج التدريبية في هذا الميدان.

يتوجه برنامج التأهيل المجتمعي نحو تحقيق الدمج الفعال للأشخاص المعوقين في حياة المجتمع المحلي، ويأتي ذلك أساسا، بتنمية المعرفة وتطوير المهارة لدى أفراد المجتمع نحو الإعاقة وحاجاتها، وتختلف أساليب التدريب المقدم باختلاف الأهداف، وأدوار المسئولية للفئات المستهدفة بالتدريب. فهناك التدريب الهادف إلى تنمية الوعي والفهم العام وتحسين الاتجاهات لدى أفراد المجتمع، وهناك التدريب الأسري حول النشاطات التاهيلية على مستوى البيت، وهناك تدريب القادة المحليين حول إدارة البرنامج وتنظيم المجتمع، وهناك تدريب العاملين والمتطوعين المحليين حول تطوير وتنفيذ نشاطات البرنامج وغيرها، وفيما يلي شرح

مبسط عن مجالات التدريب لبعض الفئات المستهدفة في برنامج التأهيل المجتمعي.

أولا: تدريب أعضاء الأسرة

تعتبر الأسرة الخلية الأولى التي يقوم عليها البرنامج المجتمعي المحلي، فهي المرجع الأساسي للكشف المبكر عن الإعاقة، ولها دور الريادة في توفير الرعاية والعلاج والدمج والتكيف للفرد المعوق في إطار الأسرة، من هنا يتوجب الاهتمام بتدريب الأم والأسرة على كيفية التعامل مع الإعاقة، خاصة فيما يتعلق بالنشاطات اليومية والتكيف النفسي وتحديد الحاجات التاهيلية البسيطة ومواجهتها على مستوى البيت والأسرة.

عادة ما يقوم المشرف المحلي، وبالتنسيق مع البرامج الصحية والتعليمية والاجتماعية القائمة في المجتمع، على نقل المهارات التدريبية اللازمة في هذا المجال لعمال التأهيل المجتمعي والمتطوعين المحليين، ليقوموا بدورهم على تدريب أفراد الأسرة حول تنفيذ هذه المضامين التدريبية مع الفرد المعوق في إطار البيت والبيئة التي يعيش فيها.

ثانيا: تدريب العاملين

يعتبر الدليل الصادر عن منظمة الصحة العالمية بعنوان (**تدريب المعوقين في إطار المجتمع- Training In The Community For People With Disabilities-TCPD**)) أحد أهم المصادر في مجال تدريب الأسرة والمجتمع والعاملين في ميدان التأهيل المجتمعي، وقد صدر الدليل بنسخته النهائية

سنة 1990، ويتكون الدليل من 34 كتيبا، أربعة منها أدلة لأعضاء المجتمع المحلي، بينما تمثل الكتيبات الثلاثين الأخرى، تلك المجموعات التدريبية المخصصة لأفراد الأسر التي فيها أشخاص من المعوقين بمختلف أنواع العجز أو الإعاقة، (الإطار(8).

في محاولة لتطوير برنامج تدريبي لتطوير المهارة والكفاءة لدى العاملين في برامج التأهيل المهني والاستخدام في إطار منهجية التأهيل المجتمعي، فقد تبنت منظمة العمل الدولية سنة 1999، مهمة تنظيم لقاء تشاوري لمجموعة منتقاة من الخبراء العرب في المغرب، لبلورة مقترح حول المضمون التدريبي للعاملين في برامج التأهيل المجتمعي، وخرج المشاركون في اللقاء بالمقترحات الواردة في الإطار (9) حول المهام الأساسية المتوقعة للبرنامج التدريبي، والمقترحات الواردة في الإطار(10)، حول الوحدات التدريبية المتضمنة في المنهاج التدريبي، إضافة إلى نشاط منظمة العمل الدولية في إصدار وترجمة العديد من الأدلة التدريبية في مجال التدريب المهني والاستخدام للأشخاص المعوقين.

في إطار التزامها بسياسة وهدف "**التعليم للجميع**"، وتمشيا مع إقرار الأمم المتحدة الصادر سنة 1993 حول "**القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين**"، أكدت منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) على أهمية إعداد البرامج التدريبية لجميع العاملين في مجال التعليم على مختلف أدوارهم ومستوياتهم وتخصصاتهم، لمواجهة الحاجات التعليمية للمعوقين في إطار(**المدرسة الجامعة- Inclusive School**) التي يجب تنظيمها لتوفير مدخلات التعليم

للمعوقين في إطار من العادية والدمج قدر المستطاع، وتطوير برامج التأهيل المجتمعي باعتبارها جزءا من إستراتيجية شاملة لدعم جهود التعليم والتدريب الفعالة لذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة. وانعكس هذا التوجه بشكل واضح في إطار العمل الذي تبناه المؤتمر العالمي المعني بتعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، الذي عقدته اليونسكو في سلامنكا -اسبانيا سنة 1994

يؤكد **بيان سلامنكا "Salamanca Statement"** الصادر عن الندوة العالمية التي نظمتها اليونسكو، بالتعاون مع وزارة التربية والعلوم الاسبانية في سلامنكا باسبانيا سنة 1994، بشأن المبادئ والسياسات والممارسات في تعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة على أهمية دمج الاحتياجات التعليمية للمعوقين في البنية التعليمية العادية القائمة، ويؤسس لمجموعة من التدابير الهادفة إلى تطوير المعرفة والكفاءة لدى سائر المشاركين في العملية التعليمية حول الإجراءات والمتطلبات الضرورية لتحقيق أهداف الدمج للأشخاص المعوقين وحاجاتهم التعليمية في المؤسسات التعليمية والتربوية العادية، وتشمل هذه الإجراءات التدريبية، المدرسة والفصل الدراسي والمناهج والإدارة والقوانين والتشريعات، والوعي بالإعاقة والحاجات الخاصة للمعوقين في الموقف التعليمي، وفي هذا المجال، طورت اليونسكو دليلا تدريبيا للمعلمين حول الحاجات التعليمية الخاصة للأشخاص المعوقين في الفصل الدراسي العادي.

الإطار رقم(8)

" دليل منظمة الصحة العالمية " تدريب المعوقين في إطار المجتمع "

الادلة التدربية لأعضاء المجتمع المحلي

1- دليل المشرفين المحليين
2- دليل لجنة التأهيل في المجتمع
3- دليل الأشخاص المعوقين
4- دليل المدرسين

المجموعات التدربية المخصصة لاهالي المعوقين

اولا: مجموعات تدربية لافراد اسر الاشخاص الذين يجدون صعوبة في الابصار

1- معلومات عن العجز وما يمكنك عمله بشأنه
2- كيف تدرب الشخص على الاعتناء بنفسه
3- كيف تدرب الشخص على التنقل

ثانيا: مجموعات تدربية لأفراد اسر الأشخاص الذين يجدون صعوبة في الكلام والسمع أو الكلام والتحرك

4- معلومات عن العجز وما يمكنك عمله بشأنه
5- للطفل الذي يجد صعوبة في السمع ولم يتعلم الكلام- كيف تدرب الشخص على التواصل
6- للشخص البالغ الذي يجد صعوبة في السمع ولكنه يستطيع الكلام- كيف تدرب الشخص على التواصل
7- للطفل الذي يجد صعوبة في الكلام والتحرك ولكنه يستطيع السمع- كيف تدرب الطفل على التواصل

ثالثا: مجموعات تدربية لأفراد اسر الأشخاص الذين يجدون صعوبة في التحرك

8- معلومات عن العجز وما يمكنك عمله بشأنه
9- كيف يمكن الوقاية من تشوهات ذراعي الشخص ورجليه
10-كيف يمكن الوقاية من التقرحات الناتجة من الضغط على الجلد

11-كيف تدرب الشخص على التقلب والجلوس
12-كيف تدرب الشخص على الانتقال من وضع الجلوس إلى الوقوف
13-كيف تدرب الشخص على التنقل
14-كيف تدرب الشخص على الاعتناء بنفسه
15-كيف تدرب الشخص الذي يعاني آلاما وأوجاعا في الظهر أو المفاصل على القيام بالأنشطة اليومية
16-تمرينات للذراعين والرجلين الضعيفة أو المتيبسة أو الأليمة

رابعا: مجموعات تدريبة لأعضاء اسر الأشخاص الذين فقدوا الإحساس في الأيدى أو الإقدام

17-معلومات عن العجز وما يمكنك عمله بشأنه
18-كيف يمكن الوقاية من إصابات وتشوهات الأيدي والإقدام

خامسا: مجموعات تدريبة لأعضاء اسر الأشخاص البالغين الذين يبدون سلوكا غريبا

19-معلومات عن العجز وما يمكنك عمله بشأنه
20- كيف تدرب الشخص على الاعتناء بنفسه

سادسا: مجموعة تدريبة للأفراد اسر الأشخاص الذين تنتابهم نوبات

21- معلومات عن العجز وما يمكنك عمله بشأنه

سابعا: مجموعات تدريبة لأفراد اسر الأشخاص الذين يجدون صعوبة في التعلم

22- معلومات عن العجز وما يمكنك عمله بشأنه
23- كيف تدرب طفلا يجد صعوبة في التعلم على الاعتناء بنفسه
24- كيف تدرب شخصا بالغا يجد صعوبة في التعلم على الاعتناء بنفسه

ثامنا: مجموعات تدرسية عامة

25- الرضاعة الطبيعية لرضيع معوق
26- أنشطة اللعب لطفل معوق
27- الانتظام في المدرسة
28- الأنشطة الاجتماعية
29- الأنشطة المنزلية
30- تحديد الوظائف

الإطار(9)

المهام الأساسية لمنهاج منظم العمل الدولية التدريبي

المهام الاساسية المتوقعة من المنهاج

أولا: الاكتشاف والتشخيص

- الكشف المبكر عن الإعاقة
- التعرف على المعوقين
- تحديد الاحتياجات والاولويات
- تشخيص المجتمعات المحلية

ثانيا: التدعيم والتدريب والتأهيل

- نقل المهارات والمعلومات
- تيسيرات داخل المجتمع والبيئة
- دعم دور الأشخاص المعوقين وأسرهم
- دعم كافة الأنشطة والمهمات المندرجة في إطار البرنامج

ثالثا: التنسيق والتفعيل والتنظيم

- تنظيم وتنسيق الجهود التنموية داخل المجتمع
- الاستخدام الأمثل لنظام الإحالة عبر التنسيق والتنظيم والتعريف
- تفعيل المصادر المجتمعية والمؤسسات
- استخدام سياسات المساندة والتأثير
- التوجيه والتعبئة والتنظيم

رابعا: التخطيط والتقييم

- تحديد الاحتياجات
- إدارة المهمات
- التوثيق واستخدام أنظمة المعلومات
- المشاركة في عمليات التخطيط
- المساهمة في تقييم البرنامج

الإطار (10)

الوحدات التدريبية المقترحة لمنهاج منظمة العمل الدولية

الوحدات التدرسة المقترحة

الوحدة التدرسة الاولى
مدخل في الاعاقة

- مفهوم وتعريف الإعاقة
- تصنيف الإعاقة
- الأسباب ومستوياتها والعوامل المؤدية للإعاقة
- حجم المشكلة (دوليا، عربيا، قطريا...)

الوحدة التدرسة الثانية
مفاهيم التأهيل

- التأهيل الطبي
- التأهيل التربوي
- التأهيل المهني
- التأهيل الاجتماعي

الوحدة التدرسة الثالثة
خدمات التأهيل

- دوليا / عربيا / نبذة تاريخية
- المواثيق الدولية المتعلقة بالإعاقة
- خدمات التأهيل الوطنية والمحلية
- المنظمات الدولية المهتمة بالإعاقة

الوحدة التدرسة الرابعة
التأهيل المرتكز على المحتمع المحلي" التأهيل المحتمعي"

- المفهوم والمبادئ الأساسية
- المرتكزات الفكرية
- الاستراتيجيات
- نماذج التأهيل المرتكز على المجتمع المحلي
- الهيكلية الإدارية للبرنامج

الوحدة التدرسة الخامسة
علاقة التاهيل المرتكز على المحتمع المحلي بالخدمات المختلفة

- خدمات الرعاية الصحية الاولية
- الخدمات التربوية
- خدمات التاهيل والتدريب المهني والتشغيل

الوحدة التدرسة السادسة
الاكتشاف والتدخل المبكر

- استراتيجيات الوقاية ومستويات التدخل
- انواع ومستويات التدخل والوقاية

الوحدة التدرسة السابعة
النمو لدى الطفل

- مراحل النمو
- مشكلات النمو لدى الاطفال ذوي الاعاقات

الوحدة التدريسة الثامنة
الاتصال والتواصل

- قواعد الاتصال
- مهارات الاتصال
- شروط الاتصال الناجح

الوحدة التدريسة التاسعة
الزيارات المنزلية

- اهداف الزيارة المنزلية
- قواعد الزيارة المنزلية
- تنظيم الزيارة المنزلية
- تعبئة استمارات الملاحظة وجمع البيانات

الوحدة التدريسة العاشرة
استخدام أدلة تدرسة تطبقية للتعامل مع مختلف حالات الاعاقة

- دليل منظمة الصحة العالمية
- أية أدلة اخرى يتم توفيرها

الوحدة التدريسة الحادية عشرة
التعامل مع حالات الاعاقة (الحركية / السمعية)

- تعريفها ، اسبابها، مستوياتها
- وسائل التقييم
- وسائل التدخل للحد من آثارها
- الظروف النفسية المصاحبة
- اساليب التواصل مع الاشخاص ذوي الاعاقة
- تدريب الاسرة للتعامل مع الاعاقة
- الوقاية واساليب التوعية

الوحدة التدرسة الثانية عشرة
استراتيجيات الدمج

- المفاهيم، الاهداف
- مراحل الدمج واشكاله
- الدمج التربوي، الدمج المهني، الدمج الاجتماعي، الدمج البيئي

الوحدة التدرسة الثالثة عشرة
دور المجتمع المحلي في برامج التاهيل المرتكز على المجتمع

- التعرف على المجتمع المحلي (عناصره، تنظيماته الادارية والسياسيةوالاجتماعية....الخ)
- مصادر المجتمع المحلي
- اساليب تعبئة فعاليات المجتمع المحلي

الوحدة التدرسة الرابعة عشرة
المهارات التنظيمية والادارية

- اساليب التخطيط
- اساليب التنفيذ
- اساليب المتابعة والتقييم
- اساليب التوثيق
- اساليب التنسيق

الوحدة التدرسة الخامسة عشرة
تقيم برنامج التاهيل المرتكز على المجتمع المحلي

- تقنيات التقييم ومستوياته
- انواع التقييم ومستوياته
- اعداد وتعبئة استمارات التقييم
- تحليل النتائج
- المتابعة واعادة التخطيط

4- الوقاية والعلاج

يلعب الفريق الطبي دورا أساسيا في تعميم الخدمات الصحية الأولية وتطبيق برامج الوقاية والتطعيم والإرشاد، وتحسين الظروف الصحية والحياتية للأشخاص المعوقين وأسرهم، وعادة ما يتزامن برنامج التدريب الأسري مع اكتشاف الاعتلال، ويهدف إلى اتخاذ الإجراءات الكفيلة بمنع تطور الاعتلال إلى إعاقة دائمة، وذلك بالتوجه نحو العلاج المبكر والتدريب الموجه، وتشير الدراسات إلى أنه يمكن تجنب ما لا تقل نسبته عن 20٪ من الاعتلال أن تتطور لإعاقة، إذا ما أمكن توفير إجراءات التدخل المبكر والتوجيه السليم خلال مرحلة اكتشاف الاعتلال.

إن مسؤولية الوقاية والعلاج، هي مسؤولية المجتمع المحلي بمختلف فئاته، وذلك بالحد من تفاقم المشكلة وتعاظمها، وهنا تكمن أهمية الارتباط الوثيق بين برنامج التأهيل في المجتمع المحلي وبرنامج الصحة الأولية الأساسية، فالاحتياطات الوقائية السليمة، وإجراءات التدخل العلاجي والمتابعة المبكرة، وتنظيم تدابير الوقاية المناسبة لمنع حدوث الاعتلال، والتحويل المبكر للمراكز المتخصصة، تهدف في مجملها إلى الحد من حدوث الاعتلال والعجز وتطور الإعاقة.

5- إنشاء مركز التأهيل المجتمعي

تبعا لمعطيات واقع الإعاقة وحاجاتها، فقد تدعو الحاجة إلى إنشاء قاعدة أو مركز مجتمعي لتنظيم الجهود المحلية، وتوفير الخدمات التاهيلية للأشخاص المعوقين في مجتمعهم، كالخدمات التعليمية والعلاجية والتدريبية والإرشادية التي لا يمكن توفرها في إطار أسري

مغلق، وذلك لأسباب تتعلق بالمهارة المحدودة لدى الأم والأسرة في التعامل مع الحاجات التعليمية أو العلاجية أو الإرشادية. وهنا يتوجه البرنامج إلى إنشاء مركز مجتمعي لتقديم بعض النشاطات الجماعية التي تفيد العدد الأكبر من المعوقين المستهدفين، إضافة إلى الخدمات التي يمكن أن يقدمها المركز في تخفيف عبء الرعاية عن الأسرة لفترة من الزمن.

إضافة إلى دوره في تقديم الخدمات الجماعية للأشخاص المعوقين وأسرهم، فإن إنشاء المركز المجتمعي، يمكن أن يوفر مكانا للتدريب وتطوير المعرفة للمجتمع المحلي من خلال النشاطات التدريبية الداخلية أو تلك التي يشارك فيها المختصون الزائرون، وبما يتيح الفرصة للعدد الأكبر من المتطوعين المحليين الانخراط في هذا التدريب.

يفيد إنشاء المركز المجتمعي في تقديم الدليل للمجتمع المحلي على وجود مؤسسة محلية لخدمات تأهيل المعوقين في المجتمع، وهو المكان الذي يمثل التفاعل والمشاركة الاجتماعية، ويتيح إمكانية التفاعل بين أسر المعوقين لمناقشة مشكلاتها وتبادل المشورة حول أفضل أساليب مواجهة مشكلات التأهيل على مستوى الأسرة، مما يسهل تطوير الإجراءات المنزلية وتفهم حاجات المعوقين العامة والخاصة.

ليس من الضروري أن يكون المركز المجتمعي، بناءا متميزا ومكلفا في إنشاءاته وتجهيزاته، وليس من الضروري أن يكون مركزا متخصصا لنشاطات تأهيل المعوقين، فقد يتم إنشاء المركز من خلال استغلال جزء من الحيز المكاني المتوفر لدى أحد البرامج التنموية القائمة في المجتمع، وقد يتوفر مثل هذا المكان في مركز الشباب أو المركز

النسائي أو المركز الصحي أو المدرسة، حيث يجري إعداده وتجهيزه من خلال دور اللجنة المحلية ليكون مركزا لنشاطات البرنامج المجتمعي.

من المهم التأكيد على أن إنشاء المركز ليس هدفا في حد ذاته، فإذا قام الهدف على محاولة مبطنة لاستحداث مؤسسة لتقديم خدمات التأهيل المتخصصة لفئات الإعاقة المختلفة، فسوف يكون مصيره الفشل، وذلك لأسباب تعود إلى تدني أو انعدام الخبرة الفنية وقلة الموارد اللازمة لتسيير برنامج مؤسسي باهظ التكاليف، بحيث يصبح عبئا على كاهل المجتمع والدولة في مرحلة لاحقة، ناهيك عما يمكن أن يمثله إنشاء المركز من تكريس لمنظور العزل المؤسسي على حساب أهداف الدمج الفعال. أما إذا كان الهدف من إنشاء المركز المجتمعي هو تطوير مفهوم المشاركة والتعاون بين أفراد المجتمع، وتفعيل دور البرامج التنموية القائمة، وأن يكون مصدرا للمعلومات والتدريب والتفاعل، فانه يصبح عاملا هاما في تطوير منهجية التأهيل المجتمعي لمواجهة حاجات الدمج للأشخاص المعوقين في مجتمعهم.

خلاصة القول، على المخططين لبرامج التأهيل المجتمعي أن يتعاملوا بحذر شديد مع فكرة إنشاء المركز المجتمعي، فإذا لم تتوافر له مقومات الاستمرار وإذا لم تكن أهدافه ومبرراته واضحة وموجهة نحو تعزيز فرص الدمج والمشاركة والتفاعل الاجتماعي، سيتحول إلى أداة لتقويض منجزات المفهوم، ويبعد البرنامج عن تجذره في المجتمع.

ويتضمن الإطار (11) نماذج لبعض المهام المرتبطة بإنشاء المركز المجتمعي.

الإطار(11)

المهام الأساسية لمركز التأهيل المجتمعي

- /جراء الدراسة الإحصائية حول الإعاقة وتحديد مواصفاتها وحاجاتها.
- تقديم المشورة للأهالي وقيادات المجتمع حول رعاية وتأهيل المعوقين.
- التنسيق مع البرامج التنموية في المجتمع لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين.
- تنظيم نشاطات التوعية والتدريب للعاملين والمتطوعين والأهالي.
- تنظيم اللقاءات والندوات لمناقشة واقع الإعاقة ووسائل مواجهتها.
- إصدار النشرات التثقيفية والإرشادية لتنمية الوعي العام حول الإعاقة.
- تنظيم المناسبات والبازارات السنوية لعرض منجزات الأهالي والمعوقين.
- تنظيم اللقاءات الدورية لأهالي المعوقين لتبادل الخبرات ومناقشة المشكلات.
- استقبال الزائرين والمهتمين بالإعاقة من داخل المجتمع وخارجه.
- توفير التسهيلات الإدارية اللازمة لعمل اللجنة المحلية للبرنامج .
- تقديم برامج محو الأمية وتعليم الكبار.
- نشر المعلومات العامة عن الوقاية من الإعاقة وأهمية تأهيل المعوقين
- أية نشاطات أخرى تراها اللجنة المحلية

6- تسهيلات البيئة المحلية

يسعى برنامج التأهيل المجتمعي إلى تحقيق هدف دمج الشخص المعوق في بيئته ومجتمعه، وتهيئة الظروف لما يمكن فئات الإعاقة من إمكانات المشاركة والاستفادة من خدمات التنمية القائمة في المجتمع. وهنا لا بد من إجراء بعض التعديلات المكانية في البيئة الجغرافية لتسهيل الوصول للخدمات، وكذلك في إدخال بعض التعديلات في منهجية ومضمون الإجراءات المتعلقة بالحصول على مثل هذه الخدمات، فلكي يستفيد الشخص المعوق مثلا من الخدمات الصحية في المجتمع، فلا بد من تسهيل إمكانات الوصول إلى العيادة أو المركز الصحي، وذلك بإجراء بعض التعديلات المكانية في المداخل والطرقات والممرات التي تسهل إمكان الوصول والاستفادة من الخدمات الصحية، وقد يتطلب الأمر إجراء بعض الإصلاحات والتسهيلات الجغرافية والبيئية التي تسهل الوصول إلى المركز الصحي، إضافة إلى ما يحتاجه المريض المعوق من تفهم الطبيب أو المعالج لحاجاته وخصوصيته، بحيث يستثنى أحيانا من إجراءات الدور أو بتخصيص الوقت الكافي في إجراءات الكشف الطبي وتفهم مشكلاته الصحية المرتبطة بالإعاقة. وهنا ليس المطلوب تمييز الشخص المعوق، بل تمييز خصوصية مشكلته وحاجاته، وهو ما يقصد بتأكيد مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص بين الأفراد المعوقين وغير المعوقين في المجتمع.

يقوم مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية وتحقيق الدمج التعليمي للأشخاص المعوقين على أساس تعديل البنية التعليمية القائمة في المدرسة المحلية، لتتلاءم مع ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة، ويأتي ذلك

بتعديل غرفة الصف وبيئة المدرسة والبيت والشارع لتسهيل الوصول والاستفادة من الخدمات التعليمية للمدرسة العادية، إضافة إلى متطلبات تعديل الإجراءات الإدارية والقانونية للمدرسة التي يمكن أن تحد من إمكانات انخراط الطلبة المعوقين في الصفوف العادية، وكذلك في توفير التدريب المناسب للمعلمين حول الاحتياجات التعليمية الخاصة للأشخاص المعوقين، والعمل على تطوير البرامج والمناهج ووسائل الإيضاح، بما يلاءم القدرات التعليمية للطلبة المعوقين وبما لا يضر العملية التعليمية للطلبة غير المعوقين.

تمتد دائرة الاهتمام حول تعديل البنى الأساسية القائمة في المجتمع لملائمة حاجات وقدرات الأشخاص المعوقين، لتصبح جزءا من التفكير والتخطيط في بناء وتنظيم كافة البرامج والخدمات والنشاطات في المجتمع، لتشمل المدارس والعيادات والمساجد والنوادي والمتنزهات وسائر النشاطات الاجتماعية الأخرى.

7- **توفير الأدوات المساعدة:**

يستطيع المجتمع المحلي بإمكانياته وموارده أن يوفر للشخص المعوق بعض الأدوات المساعدة الضرورية المبسطة والسهلة، وذلك باستغلال وتكييف وتصنيع المواد الموجودة في البيئة المحلية لتسهيل انخراط المعوق في حياة المجتمع، فمن الممكن مثلا الاستعانة بأحد الحرفيين لصناعة مساعدات المشي البسيطة والعكاكيز ومتوازيات التدريب من أغصان الأشجار، ويمكن لعامل الحدادة في القرية أن يصمم كرسي عجلات بدائي لتنقل المعوقين جسديا، كما يمكن تصنيع بعض

الألعاب ووسائل الإيضاح اللازمة لتعليم المتخلفين عقليا من الأقمشة والأخشاب القديمة، وغيرها كثير مما يمكن أن يتم توفيره محليا.

من المفيد أن يستهل البرنامج المحلي نشاطاته الأولى باستغلال الموارد المتوفرة في البيئة المحلية وتشجيع مشاركة بعض الفنيين المحليين كالنجارين والحدادين أن يساهموا في ابتداع المواد والوسائل المعينة التي يمكن أن تساهم في تسهيل التفاعل بين الشخص المعوق ومجتمعه، وبما يساهم في تعزيز مفهوم الدمج والاستقلالية للشخص المعوق.

8- التدريب المهني والتوظيف

يستطيع الشخص المعوق من خلال القدرات التعويضية التي يمتلكها أن يطور مهارات متكيفة تمكنه من ممارسة دور فعال ومنتج في المجتمع وتحقيق الاستقلالية والاعتماد على النفس، وتشير الدراسات التتبعية إلى أن لدى الأشخاص المعوقين القدرة على الإبداع في بعض المجالات المهنية الملائمة لقدراتهم إذا أمكن التعبير والتخطيط لهذه القدرات الكامنة وتوجيهها في مجالات نافعة ومفيدة.

إن العمل بالنسبة للأشخاص المعوقين لا يرتبط بالمردود الاقتصادي، بل يعتبر جزأ هاما من التكيف النفسي والاجتماعي، ويفيد في تنمية الإحساس بقيمة الذات وجدوى الوجود والقدرة على المشاركة في الإنتاج. وهنا فإن تحسين فرص التشغيل والاستخدام والتوظيف للأشخاص المعوقين، سيقدم الدليل على نجاح كافة الإجراءات التاهيلية السابقة، ويهيئ فرصة الاستقلال الاقتصادي والاجتماعي كبديل لمواقف الشفقة والعبء على كاهل الأسرة والمجتمع.

يرتبط موقف المجتمع المحلي في تدريب وتوظيف الأشخاص المعوقين بطبيعة الاتجاهات نحوهم والثقة بقدراتهم، ورغبة المجتمع في تعديل الإجراءات التدريبية والتوظيف وتكييفها لمحدودية القدرة لديهم، وصولا إلى الهدف النهائي من هذه الإجراءات والمتمثلة بمبدأ الحق الإنساني لجميع المواطنين في الحصول على العمل والدخل المناسب بمن فيهم الأشخاص المعوقين، سواء أكان هذا العمل في سوق العمل المفتوح أو التشغيل البيتي أو المحمي أو التعاوني أو المشاريع الإنتاجية الذاتية، ويأتي ذلك بتضافر الإمكانيات المحلية والخارجية في تمويل هذا الهدف.

9- تمويل نشاطات البرنامج

تعتبر مشكلة التمويل إحدى أهم المشكلات التي ينبغي التصدي لها قبل بدء برنامج التأهيل المجتمعي، فعلى رغم أن تخطيط البرنامج يقوم على مسؤولية المجتمع المحلي في تمويل نشاطات الاستحداث، إلا أن فعالية البرنامج تتحدد في قدرته على استقطاب المساهمات المحلية والإقليمية والدولية لدعم تطوير نشاطاته على المدى البعيد.

أ- المساهمات المحلية

يملك المجتمع المحلي من الموارد ما يؤهله للبدء في تنظيم الحد الأدنى من خدمات التأهيل لأفراده من المعوقين، ولا يتحدد التوجه الإيجابي للمجتمع المحلي نحو الأشخاص المعوقين وخدماتهم بالدعم المعنوي فحسب، بل لا بد أن ينعكس هذا التوجه بدعم مادي لتمويل نشاطات البرنامج في مرحلة الاستحداث. وهنا يأتي دور القيادات المحلية

في استقطاب هذا الدعم من خلال إمكانيات المجتمع وموارده، ولا ترتبط الموارد المحلية بقيمتها مهما تضاءلت، بل تقدم الدليل على التزام المجتمع نحو البرنامج، وتشجع الدعم والمساندة الخارجية لنشاطات البرنامج على المدى البعيد.

عادة ما يبدأ البرنامج في مراحله الأولى باستحداث نشاطات سهلة وبسيطة من خلال الجهود المحلية التطوعية المجانية، وبحيث تستثمر بعض المبالغ المادية البسيطة التي يوفرها المجتمع المحلي في تغطية نفقات الاستحداث الأساسية كصناعة الأجهزة المساعدة وتمويل الدراسات المسحية وتغطية استصلاح قاعدة البرنامج، وغيرها من النشاطات البسيطة.

ب- المساهمات الحكومية

عادة ما تقوم الدولة من خلال مسؤولياتها في توفير الخدمات التنموية لمواطنيها بتخصيص جزء من ميزانية الدولة لخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين، وغالبا ما تتكفل الوزارة المعنية في النظام التقليدي لخدمات التأهيل، بتخصيص الموارد اللازمة لاستحداث المعاهد والمؤسسات وتنظيم أوجه النفقات الثابتة والجارية لتسيير هذه المؤسسات القائمة في مراكز المدن الكبيرة، لتقديم خدمات التأهيل لأعداد محددة من الأشخاص المعوقين الذين يمكنهم الوصول لهذه المراكز.

تقوم منهجية التأهيل المجتمعي على مبدأ التوزيع العادل للموارد وتعزيز المشاركة الحكومية والأهلية لدعم المبادرات المجتمعية، ويأتي ذلك من خلال توجيه الموارد المخصصة بالنظام لتحسين واقع الإعاقة في

إطار تنمية المجتمعات المحلية، والمقصود هنا ليس دعوة إلى إغلاق المؤسسات من خلال سياسات تقليص الدعم الحكومي، بل بزيادة المخصصات الحكومية وإعادة توزيعها لخدمة أهداف التنمية بمفهومها الواسع، وبما يمكن أن يساهم في تشجيع المبادرات المحلية ويحفز مصادر الدعم الخارجي في هذا الميدان، وهو ما يمكن أن يخفف أعباء الدولة في توفير خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين على المدى البعيد.

ج- مساهمات المنظمات غير الحكومية :

تعتبر المنظمات غير الحكومية المتخصصة وغير المتخصصة من الروافد الهامة لتمويل برامج العمل مع الأشخاص المعوقين في البيئات الريفية والفقيرة، وغالبا ما تحظى برامج التأهيل المجتمعي بجاذبية متميزة من مؤسسات الدعم والتمويل، لأسباب تتعلق بطبيعة البرنامج وأهدافه نحو تحسين ظروف الحياة في المجتمعات الفقيرة بشكل عام والأشخاص المعوقين بشكل خاص.

ينبغي هنا تأكيد أن هناك مصلحة مشتركة بين البرنامج المجتمعي ومنظمات التمويل الخارجي، فالبرنامج المجتمعي يحرص على الحصول على الدعم اللازم لتطوير نشاطاته، يقابله حرص مماثل من جهات الدعم في البحث عن البرامج الناجحة التي تعكس أهدافها في تحسين الظروف الحياتية والمعيشية والاقتصادية والاجتماعية للمجتمع، وبحيث يمثل دعمها نجاحا لنشاطات هذه المنظمات غير الحكومية نفسها.

شير خبرات تطبيق التأهيل المجتمعي إلى حقيقة مفادها أن مثل هذه البرامج تحظى بالاهتمام والتقدير والدعم من المنظمات الدولية وغير الحكومية، مما يفتح الباب أمام العديد من مصادر التمويل الداخلية والخارجية، وتفيد خبرات التطبيق إلى أن عروض التمويل المقدمة لهذه البرامج من جهات الدعم الخارجي، تكاد تفوق حاجتها في كثير من الأحيان.

ملاحظة: يورد الكتاب فصلا خاصا حول إجراءات تمويل البرنامج المجتمعي

المرحلة الثالثة: تقييم برنامج التأهيل المجتمعي:

أولا: مفهوم التقييم

يهدف تقييم البرنامج المجتمعي إلى تحديد الإنجازات والصعوبات ومواقف القوة والضعف في بناء خدمات التأهيل في المجتمع خلال فترة زمنية معينة، ويقدم الحكم على فاعلية البرنامج في إحداث التغيير نحو المشاركة الاجتماعية والتقبل الاجتماعي وتحسين مستوى حياة الأشخاص المعوقين في المجتمع، بالإضافة إلى ما يمكن أن يفيده التقييم في إعادة التخطيط واقتراح التوصيات الهادفة إلى التطوير والتحسين.

تتوجه العديد من برامج التأهيل التقليدي في تقييم انجازاتها بالاعتماد على المنهج الوصفي لتبرير مصروفاتها، أما المؤسسات الكبيرة فإنها تعتمد المنهج الإداري في التقييم بهدف التحقق من تنفيذ أهداف البرنامج وطرق الصرف، ويتركز اهتمامها حول تدريب العاملين وعدد المستفيدين خلال فترة زمنية معينة وفي إطار ميزانية محددة.

تبدو مثل هذه الأساليب ملائمة لتقييم برنامج التأهيل التقليدي، إلا أنها تبدو قاصرة في تقييم البرنامج المجتمعي، لعدم ملاءمتها في تقييم المبادئ المتضمنة في المنهجية المجتمعية، خاصة فيما يتعلق بتأثير البرنامج على الأشخاص المعوقين ومجتمعاتهم، ومقومات استمراريته وغيرها، وهنا كان لا بد من استحداث منهجيات تناسب تقييم العناصر الأساسية في بناء البرامج المجتمعية، والتي تتيح مشاركة الأشخاص المعوقين والمجتمع في إجراءات التقييم.

2- الميادين الرئيسية في تقييم برنامج التأهيل المجتمعي

2- 1 التكنولوجيا المستخدمة في البرنامج

يتضمن تقييم البرنامج المجتمعي إجراءات تستهدف تقييم التكنولوجيا المستخدمة في البرنامج، ومدى فاعليتها في توفير خدمات التأهيل في المجتمع، وقدرتها على تحسين حياة الأشخاص المعوقين. ويشمل هذا القياس دراسة الواقع وتقييم الانجازات والتطورات والتغيرات التي ادخلها البرنامج على مستوى ونوعية حياة الأشخاص المعوقين المستهدفين لنشاطات البرنامج ، وعادة ما يتم الاستعانة بمقيم خارجي، يتمتع بالموضوعية والدقة في تقييم النتائج التي يبنى عليها التقييم النهائي لانجازات البرنامج.

2- 2 نظام إيتاء الخدمات

يتركز تقييم نظام إيتاء الخدمات في برنامج التأهيل المجتمعي حول تدريب الأشخاص المعوقين وأعضاء الأسرة في تنفيذ حاجات التأهيل من مصادر المجتمع، ويتضمن التقييم دور عامل التأهيل المجتمعي والمشرف المحلي والمشرف الوسيطي، وكذلك تقييم مدخلات خدمات التحويل المحلية والخارجية في تنفيذ البرنامج التدريبي، وتوفير الخدمات التاهيلية.

2- 3 الإدارة والتنظيم

يرتبط تقييم إدارة وتنظيم البرنامج بمدى التزام الدولة نحو البرنامج وتوفير الموارد اللازمة وبناء الهياكل التنظيمية على مختلف المستويات وفي مختلف القطاعات التنموية. ويهدف التقييم كذلك إلى

تحديد مستوى المشاركة المحلية للمجتمعات ودرجة اعتمادها على مواردها الذاتية وتحليل مقومات استمرار البرنامج في إطار مصادره المحلية.

3- لماذا يجري التقييم

ينبني تقييم البرنامج المجتمعي على مجموعة من الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، ومن المفيد هنا أن يكون المقيّم على دراية مسبقة بهذه الأهداف وأهميتها والتركيز على تلك التي تحظى بالأولوية والأهمية لدى الجهة التي تطلب التقييم.

وتاليا أهم عشرة أسباب لتقييم البرنامج المجتمعي:

1. قياس الانجازات المرحلية أو الكلية للبرنامج.
2. قياس مستوى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه الرئيسية.
3. العمل على تطوير إجراءات المتابعة والإشراف وتحسين الإدارة.
4. تحديد نقاط القوة والضعف وتعزيز إجراءات التنفيذ لتلافي تدني مستوى الأداء.
5. قياس فعالية البرنامج في إحداث التغيير الايجابي في حياة الفئات المستهدفة.
6. دراسة جدوى البرنامج من خلال مقارنة مستوى الانجازات بالمصروفات.
7. جمع المعلومات والبيانات اللازمة للتخطيط المستقبلي.
8. الاستفادة من خبرات التطبيق الحالي في إعادة التطبيق.

9. تطوير الفعالية بهدف تحقيق نتائج أفضل.
10. المساعدة في التخطيط ورسم الأولويات القادمة.

4- عناصر تقييم البرنامج المجتمعي:

يثير مفهوم التقييم نوعا من الحساسية غير المبررة عند القائمين على برامج التأهيل في المجتمع المحلي، وغالبا ما ينظر إلى التقييم وكأنه عملية نقدية هدفها إظهار مجالات القصور أو الفشل الذي يمكن أن يصادفه أي مشروع. ومهما يكن، فمن المهم أن تخضع نتائج التطبيق العملي لمراجعة دورية منتظمة، لتحديد الانجازات وبيان مجالات النجاح والفشل وتحديد الصعوبات والمعيقات المؤثرة في نتائج التطبيق، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لأوجه القصور بما يفيد التخطيط المستقبلي.

كغيرها من المجالات الاجتماعية، من الصعب أن يتمكن المقيّم من ضبط جميع المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في نتائج التقييم. وفي غياب الآليات الموضوعية الدقيقة في قياس وتقييم المجالات الاجتماعية، يصعب إلغاء تأثير الموقف الشخصي للمقيم والاعتماد على التقدير الوصفي في تحديد مستويات التقييم. ومهما يكن الأمر، هناك مجموعة من العناصر التي ترتبط بموضوع التقييم التي يتوجب أن تؤخذ في الاعتبار في تقييم برنامج التأهيل المجتمعي، كما في الجدول (2):

الجدول(2) العناصر الأساسية في تقييم برنامج التأهيل المجتمعي

العنصر	مجال الاهتمام	الملاحظات
الملاءمة والترابط	هل يرتبط البرنامج بحاجات المعوقين وأسرهم ومجتمعهم وهل مبررات وغرض البرنامج ما تزال قائمة ومطلوبة؟	تستمر الحاجة لبرنامج التأهيل ما زالت الإعاقة موجودة في المجتمع ويبقى ملائما بشرط التحديد الدقيق والفردي للحاجات.
الفعالية	هل تمكن البرنامج من تحقيق أهدافه في مساعدة الأشخاص المعوقين والمجتمع؟	يجب بلورة أهداف البرنامج مسبقا وتحديد شيوع الإعاقة وعدد المستفيدين المستهدفين وان تكون الأهداف واقعية في إطار العوائق القائمة والموارد المتاحة.
الكفاية	هل تم استخدام الموارد المتاحة بطريقة سليمة؟	يتعلق ذلك بتنظيم القوى البشرية وبرامج التدريب والنقل والميزانية.
الديمومة والاستمرارية	هل سيستمر البرنامج بعد انتهاء الدعم الخارجي؟	يستمر البرنامج المجتمعي ويتطور من خلال إحساس المجتمع بملكيته ومسؤوليته نحو البرنامج، وباستمرار دعم الدولة، وبما يساهم في تشجيع الدعم الخارجي لنشاطات البرنامج.
التأثير	ما هو تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والفنية والاقتصادية؟	يؤثر البرنامج على سلوكيات غير المعوقين نحو تقبل الشخص المعوق وتعطى له فرص متكافئة، وتقل أو تنعدم المعوقات الجغرافية

5- لمن يجري التقييم

كما سبق، فقد أوردنا في البند الثالث من هذا الفصل، العديد من الأهداف والأسباب المرتبطة بعملية تقييم برنامج التأهيل المجتمعي، ويحدث أن تضع الجهات المختلفة ذات العلاقة بالبرنامج أهدافا ترتبط بأولوياتها وراء تقييم البرنامج المجتمعي، لبيان تأثير دعمها وتبرير استمرار مشاركتها في تطوير نشاطات البرنامج، وتاليا نماذج للجهات التي يمكن أن تطلب مثل هذا التقييم:

5- 1 مؤسسات الدعم المالي والفني

تطلب مؤسسات التمويل والدعم الفني، تقييما دوريا محددا بفترة زمنية يتم الاتفاق عليها حول انجازات البرنامج، لبيان جدوى وفعالية مساهماتها في تحقيق الأهداف المحددة، ولتأكيد استخدام الموارد للمجالات المتفق عليها، وكذلك لتبرير التزاماتها المالية أو الفنية أمام مجالس الإدارة وأصحاب القرار والممولين لبنود ميزانياتها من الجهات الحكومية أو الأهلية.

5- 2 المجتمع المحلي

يطلب المجتمع المحلي إجراء تقييم علمي حول انجازات البرنامج لتحديد مجالات القوة لتدعيمها ومجالات القصور لمعالجتها وإيجاد الحلول المناسبة لها، ويمكن أن يطلب التقييم لتأكيد جدوى المشاركة المجتمعية في نشاطات البرنامج، وتعزيز مقومات استمراره وتطويره، ولبيان التغيير الايجابي في حياة المعوقين وأسرهم ومجتمعهم كنتيجة

للبرنامج، وقد يكون التقييم لغايات تقديم المعلومات بهدف استقطاب الدعم المادي والفني من الخارج.

5- 3 الحكومة أو الوزارة المعنية

في إطار الخطة العامة للدولة أو الوزارة، تطلب الجهة المعنية إجراء تقييم للبرامج القائمة، خاصة تلك التي تكون في المرحلة الريادية أو التجريبية، والهدف من ذلك هو للوقوف على واقع تطبيق البرنامج وتحديد مجالات النجاح والفشل، والعمل على تجنب أو معالجة مسببات الإخفاق في إعادة التطبيق اللاحق، واتخاذ القرار المناسب بتوسيع النشاطات المرتبطة بالبرنامج وأهدافه.

تعتمد الكثير من برامج التنمية المحلية في معظم الدول النامية على برامج الدعم المالي والفني الخارجي. وهنا تبدو أهمية تقييم البرنامج في تقرير جدوى التعاون الخارجي، وبما يساعد المخططين الحكوميين في توجيه الدعم الخارجي نحو المجالات والبرامج التي تعكس توجهات وأولويات الخطة العامة للدولة.

5- 4 الباحثون أو العاملون الميدانيون

يعمد الباحثون والعاملون الميدانيون أحيانا إلى إدخال تقنيات جديدة في التطبيق، وهنا يهدف التقييم إلى بيان مدى ملاءمة استخدام مثل هذه التقنيات الطارئة وتحديد جدواها وفعاليتها في إحداث التغيير المطلوب. ومن الممكن أن يستهدف التقييم تلك الوسائل والاستراتيجيات التي يستخدمها العاملون في تنفيذ نشاطات البرنامج وتحديد جدواها

وبيان مدى الحاجة إلى تغييرها وتعديلها بإدخال طرق أكثر فاعلية، وبيان مدى حاجة العاملين إلى تطوير مهاراتهم من خلال نشاطات التدريب الداخلي أو الخارجي الهادف إلى تحسين مستوى الأداء.

إضافة إلى ما سبق، من الممكن أن يجري التقييم استجابة لطلب بعض الجهات الفنية الرسمية أو المؤسسات الأكاديمية أو مراكز جمع المعلومات.

6- من يجري التقييم

يقوم على إجراء تقييم برنامج التأهيل المجتمعي أحد الأشخاص المؤهلين من داخل البرنامج أو خارجه، ويمكن أن يجري التقييم من خلال التعاون بين شخص من داخل البرنامج وآخر من خارجه. ولا بد أن يكون الشخص المعين لإجراء التقييم، موضوعيا في أحكامه، وأن يعتمد الأسلوب العلمي في الوصول إلى النتائج السليمة بعيدا عن التقديرات المضللة أو الأحكام العامة أو المعلومات الخاطئة أو غير المكتملة. إذ غالبا ما يبنى على نتائج التقييم قرارات تتعلق بالمسار الذي يمكن أن يتخذه البرنامج في مرحلة لاحقة، فنتائج التقييم السليمة سوف تساهم في تدعيم البرنامج وتطويره، أما الخاطئة فإنها ستؤثر سلبا على مستقبل البرنامج وتعرضه لمخاطر تهديد مجمل نشاطاته. ولمزيد من التوضيح يعرض الجدول(3) نماذج لبعض الايجابيات والسلبيات المرتبطة بكل من الدور الداخلي والخارجي في تقييم البرنامج المجتمعي.

جدول(3) ايجابيات وسلبيات استخدام التقييم من الداخل والخارج

المقيم الداخلي	المقيم الخارجي
♦ يعرف البرنامج بشكل جيد	♦ نظرة جديدة للبرنامج
♦ لا يمكنه التخلص من التحيز للبرنامج	♦ موضوعي
♦ جزء من التركيب التنظيمي والوظيفي	♦ بعيد عن التنظيم الإداري والتنظيمي
♦ قد تكون له مصلحة شخصية من البرنامج	♦ لا مصلحة شخصية له من البرنامج
♦ تنقصه الخبرة الجيدة في مجال التقييم	♦ خبير مؤهل في إجراءات التقييم
♦ واع ومتفهم لظروف البرنامج	♦ يمكن ان لا يتفهم البرنامج بشكل جيد
♦ لا يثير الشكوك لدى العاملين والأهالي	♦ يثير الشكوك لعدم التأكد من دوافعه
♦ تهمه نتائج التقييم الايجابي للبرنامج	♦ لا تهمه إلا نتائج التقييم مهما كانت
♦ غير مكلف ماديا	♦ مكلف ماديا

خلاصة القول أن أهمية تقييم البرنامج المجتمعي تكمن في مشاركة المجتمع المحلي في عملية التقييم من خلال اللجنة المحلية أو من تفوضه لهذا النشاط، وسوف يكون لتلك المشاركة أثرها الايجابي في الوصول إلى نتائج تقييم صائبة، من خلال المساهمة في تقديم الأفكار والمعلومات الدقيقة والحقيقية حول نشاطات البرنامج وتطبيقاته والتأثير الذي يحدثه البرنامج في حياة المعوقين والمجتمع.

7- وسائل وأدوات تقييم البرنامج المجتمعي

هناك العديد من الوسائل والأدوات المستخدمة في تقييم برنامج التأهيل المجتمعي، ومهما تكن هذه الأدوات، فان ما يهم القائم على التقييم هو الحصول على المعلومات الدقيقة حول العناصر والمجالات المستهدفة للتقييم، وبشكل عام فان وسائل التقييم تشمل ما يلي:

7- 1 استخدام المعلومات والبيانات المكتوبة

يتضمن تخطيط التقييم، عمليات تستهدف البحث عن المعلومات المتعلقة بالبرنامج، إذ غالبا ما تتضمن هذه الوسيلة معلومات مفصلة ودقيقة حول تسيير البرنامج وتطوره خلال فترة التقييم، وتفيد عملية تحليل المعلومات المتوفرة في تقديم صورة واضحة عن مختلف الإجراءات والنشاطات التي تم تنفيذها والصعوبات التي اعترضت طريق التنفيذ في مختلف المراحل، وتحديد طبيعة الحلول المستخدمة لمواجهة مثل تلك الصعوبات، وتاليا قائمة ببعض المصادر التي يمكن الرجوع إليها في عملية البحث عن المعلومات:

- الوثيقة الأساسية للبرنامج التي تتضمن المعلومات المرجعية للبرنامج، بما تشمله من الأهداف، المبررات، الفترة، الكادر، التمويل...إلخ.
- المراسلات الخاصة بوثيقة مقترح المشروع الأساسية.
- التقارير الخاصة عن أية تقييمات سابقة للبرنامج.
- خريطة تفصيلية توضح منطقة البرنامج.
- قائمة معدة من العاملين حول أهداف البرنامج.
- رسم توضيحي يبين الهيكل الوظيفي للعاملين.
- تقارير عن محاضر الاجتماعات السابقة لإدارة البرنامج.
- التقارير الشهرية والسنوية لنشاطات البرنامج.
- السجلات الخاصة بالبرنامج مثل سجل الدوام والزيارات والنشاطات..الخ.

- ميزانية البرنامج والتقارير المالية المتوفرة.
- ميزانية التقييم المخصصة في ميزانية البرنامج.
- تقارير التقييم السابقة عن البرنامج أو البرامج المشابهة.
- أية نماذج من الاستبيانات المستخدمة في تقييم برامج مشابهة.
- أية مقالات أو تحقيقات صحفية تتناول البرنامج بما في ذلك الصور والتسجيلات.
- الملفات الموجودة في البرنامج أو تلك المتوفرة لدى الإدارة المركزية أو الجهة الحكومية المسئولة عن تنفيذ البرنامج.
- المعلومات المكتوبة عن البرنامج لدى مؤسسات الدعم الفني والمادي في الداخل والخارج، وتشمل الملفات والتقارير والميزانيات والخطط وتقارير التقييم السابق.
- نتائج الاستطلاعات وغيرها من المعلومات التي يمكن أن تفيد نتائج التقييم.

7- 2 استخدام طريقة الاستبيان الشفوي أو المكتوب

يعرف الاستبيان بأنه عبارة عن مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي يستخدمها القائم على تقييم برنامج التأهيل المجتمعي بهدف جمع المعلومات من الفئات التي يتم تحديدها كمصادر للمعلومات في تخطيط التقييم، وعادة ما تتركز أسئلة الاستبيان حول النشاطات والآراء والأحاسيس والتوقعات والحاجات والخطط والخبرات. ويمكن أن تصمم أسئلة الاستبيان بالأسلوب المفتوح الذي يعطي المستجيب حرية اختيار طريقة الإجابة ومدتها، أو أن تكون سؤالا محددا باختيار إجابة من الإجابات النموذجية الواردة في الاستبيان.

يتم توزيع الاستبيان على الفئات المحددة سلفا في تخطيط التقييم، لتقوم هذه الفئات بتعبئته وإعادته، حيث يتم تجميع المعلومات المحصلة وتفريغها وتحليلها لعناصرها الرئيسية، وذلك للوقوف على الأفكار والآراء المقدمة من المستهدفين حول بنود الاستبيان.

يحدث أن يواجه تطبيق الاستبيان بعض الصعوبات في الحصول على المعلومات المكتوبة من فئة الأميين، وهو ما يتطلب تعبئته بطريقة المقابلة الشفوية. ويقوم المقيّم بطرح أسئلة الاستبيان على الأشخاص المستهدفين، ويعمل على تسجيل إجاباتهم حسب ورودها دون تعديل أو تحريف. ويمكن في بعض الأحيان الحصول على الاستجابات من الفئات المستهدفة بواسطة الهاتف أو بواسطة البريد.

7- 3 طريقة الملاحظة الميدانية

تعتبر طريقة الملاحظة الميدانية أحد أهم أساليب جمع المعلومات الضرورية في تقييم البرنامج المجتمعي، فهي أداة يستطيع المقيم من خلالها أن يتعايش مع الموقف التطبيقي، ونظرا لأهميتها فإنها تتطلب مهارة متميزة من المقيم في تحديد المجالات التي تستهدفها الملاحظة خلال فترة معينة، وتحت ظروف تتسم بالعادية قدر المستطاع.

من المهم أن تجري الملاحظة في الموقف الطبيعي، وبالطريقة التي تحدث فيها الأشياء أو تنجز فيها المهمات، بعيدا عن مواقف التصنع أو التهيئة المسبقة، وقد يتطلب الأمر أن يتفاعل المقيم مع الموقف الحقيقي لتنفيذ المهام، وبما يمكن أن يتضمنه الموقف من نشاطات معينة أو التعامل مع أشخاص أو مجموعات.

7- 4 طريقة المقابلة

المقابلة هي اجتماع، وجها لوجه، مع فرد أو مجموعة أفراد بهدف الحصول على بيانات أو معلومات عن طريق المحادثة المباشرة حول موضوع ما، وتعتبر المقابلة إحدى الأساليب الهامة والفعالة في الحصول على المعلومات الضرورية لتقييم البرنامج المجتمعي، وعادة ما تتم المقابلة بطريقة يستطيع المقيم من خلالها أن يستدرج المعلومات الهامة والمتعمقة حول نقاط محددة لغرض التقييم، وهناك العديد من الأنماط التي يمكن استخدامها في إجراء المقابلة، منها:

7- 4- 1 المقابلة الفردية

تجري المقابلة الفردية في موقف يجمع المقيم والمستجيب بشكل انفرادي، يطرح فيها المقيم أسئلته المنظمة من خلال نموذج معد مسبقا، وبحيث يقدم المستجيب إجاباته المفتوحة بحرية وبالطريقة التي يراها مناسبة، ويدون المقيم ملاحظات عامة حول الإجابات ليعمل على تلخيصها وتنظيمها في مرحلة لاحقة. وتهدف إلى ما يلي:

- الحصول على المعلومات عن البرنامج.
- تكوين فكرة عن دوافع الشخص واتجاهاته نحو البرنامج.
- تقييم المعرفة والقدرة والمهارة لدى المستجيب.
- المساعدة في اختيار الأشخاص للوظائف المستحدثة أو لهدف الترقية.
- تقييم أداء المستجيب نحو نشاطات البرنامج.
- تقديم الإرشادات حول مواجهة الصعوبات.

- تحديد ردود الأفعال نحو البرنامج.
- بلورة بعض الأسئلة التي يمكن أن يتضمنها الاستبيان المقترح لاحقا.

7- 4- 2 المقابلة الجماعية

يجمع هذا النمط من المقابلة بين المقيّم ومجموعة من الأشخاص المشاركين في وقت واحد ومكان واحد بهدف الحصول على معلومات حول البرنامج موضوع التقييم، ويتم تنظيم المقابلة الجماعية بما يتيح الفرصة لجميع المشاركين لتقديم المعلومات حول موضوعات النقاش، وعادة ما يقوم المقيم بتوجيه الحوار وتنظيمه بهدف جمع أكبر قدر من المعلومات من مجموع المشاركين، ومن المهم أن يسجل المقيم ملاحظاته حول نتائج النقاش وتنظيمها بما يفيد هدف التقييم في مرحلة لاحقة. وتهدف المقابلة الجماعية إلى ما يلي:

- الحصول على المعلومات عن البرنامج.
- تكوين فكرة عن دوافع الأفراد واتجاهاتهم نحو البرنامج.
- تقييم أداء وانجازات البرنامج.
- تحديد مواقف الأشخاص نحو البرنامج.
- الكشف عن طريقة تعامل الأفراد فيما بينهم كمجموعة.
- تحديد المشكلات والمساهمة في إيجاد الحلول المناسبة.
- بلورة بعض الأسئلة لتضمينها في الاستبيان المقترح لاحقا.

7- 4- 3 المقابلة المنظمة

يبنى مثل هذا النمط من المقابلة على تحديد مسبق لما يريد المقيّم أن يحصله من معلومات، حيث يعمد إلى إعداد قائمة من الأسئلة أو المواضيع التي يريد طرحها، وبحيث يجري تنظيم المقابلة بهدف الحصول على المعلومات الدقيقة حول الموضوع المستهدف من الشخص أو المجموعة المشاركة في المقابلة.

تجري المقابلة هنا بأسلوب طرح الأسئلة بطريقة تتبعية ومنتظمة. وقد يستخدم المقيم بعض الوسائل المرئية المعينة كالصور والتسجيلات في الحصول على معلومات دقيقة حول الموضوعات، ومن الممكن أن يستخدم المقيم طريقة الأسئلة المفتوحة للحصول على أكبر قدر من المعلومات حول موضوع المقابلة.

7- 4- 4 المقابلة غير المنظمة

يستخدم هذا النمط من المقابلة في المواقف التي يريد المقيّم فيها أن يحصل على معلومات حول موضوع لم تكتمل معالمه الأساسية، إذ يكون المقيم على دراية بالهدف، ولكن تنقصه الوسائل المناسبة، فيعمد إلى هذا النمط من المقابلات، بهدف تكوين إطار منظم لأسئلة محددة حول الموضوع.

لا تتضمن المقابلة غير المنظمة أسئلة محددة، بل تكون أشبه بمناقشة مفتوحة ومرنة، وبحيث يستطيع المقيم فيها أن يكيف أسئلته تبعا لجواب سابق، وهكذا تسير المقابلة تدريجيا، وتحصر التركيز حول الموضوع المستهدف بمرور الوقت، أي أن هذا النمط من المقابلة ينطلق من

عموميات تتعلق بموضوع النقاش، لتصل إلى تركيز محدد وفهم أعمق بالموضوع، وبما يفيد المقيم في بلورة وصياغة أسئلة محددة حول الموضوع في مرحلة لاحقة.

7- 4- 5 طريقة الصور والرسومات وأشرطة التصوير والتسجيل

يقول مثل صيني "ان تاثير الصورة يعادل ألف كلمة"، ويبدو هذا صحيحا، حيث يتأثر الناس بالمثيرات المرئية أكثر من تأثرهم بالكلمة المكتوبة أو المسموعة، وتبدو أهمية التقييم بالصورة في المواقف التي تكون فيها الفئات المستهدفة من الاميين، أو من ذوي الاعاقة السمعية، حيث يمكن ان تكون الصورة أكثر تعبيرا في بيان ردود الفعل لدى الأشخاص الذين يستهدفهم استقصاء التقييم.

8- تخطيط اجراءات التقييم

هناك العديد من الطرق التي يمكن استخدامها في التخطيط لتقييم البرنامج المجتمعي، وتعتمد الطريقة المستخدمة على تنظيم التقييم ووسائله، وقد تكون الطريقة الأمثل في التخطيط لعملية التقييم هي اعتماد مدرج الخطوات الموضحة في الشكل (5) اللاحق.

يتضمن التخطيط لإجراء تقييم لبرنامج التأهيل المجتمعي العديد من الخطوات الإجرائية، إلا أن من المهم توضيح العديد من النقاط سابقة الذكر في هذا الفصل، قبل البدء بتخطيط التقييم، وتتضمن هذه النقاط تحديد أهداف التقييم وأسبابه والوسائل المستخدمة والجهات المستفيدة وفريق التقييم والفئات المستهدفة والتمويل والفترة، إلى غير ذلك من النقاط التي تؤثر في مسار التقييم.

شكل (5) المدرج التوضيحي لتخطيط تقييم برنامج التأهيل المجتمعي

إعداد التقرير، وتحديد وسائل المتابعة، وفترة
الوصول إلى نتائج نهائية وكتابتها ودراستها
دراسة وبحث الحقائق والمعلومات والبيانات المحصلة اثناء عملية التقييم
جمع وتنظيم المواد والمصادر اللازمة والبدء بعملية التقييم
تطبيق وسائل التقييم المختارة في جمع المعلومات، كالاستبيانات والمسوحات ودراسة الملفات وغيرها
تحديد أهداف التقييم والأساليب المستخدمة، وتحديد الفئات المشاركة، وكيف ومتى يتم إعداد الخطة التفصيلية للتقييم
اتخاذ القرار بإجراء التقييم للبرنامج المجتمعي

وفيما يلي شرح موجز لكل من الخطوات الواردة في المدرج التوضيحي حول تخطيط عملية تقييم البرنامج المجتمعي:

8- 1 اتخاذ القرار

يقوم اتخاذ قرار البدء بتقييم البرنامج المجتمعي على الاتفاق بين البرنامج والجهة التي تطلب التقييم، كالوزارة المعنية أو الجهة الممولة أو المنظمات المهتمة أو المجتمع المحلي وغيرها من الجهات التي سبق ذكرها.

ومن المهم هنا أن يكون قرار التقييم وأهدافه واضحة ومتفق عليها فيما بين الإطراف ذات العلاقة، قبل البدء بتخطيط إجراءات التقييم.

8- 2 تحديد الأهداف والوسائل المستخدمة والمجالات المستهدفة للتقييم

بعد اتخاذ قرار التقييم، يبدأ المقيّم بإعداد قائمة من الأسئلة حول أهداف ومضمون التقييم، ويمكن أن يستعين بالمشورة الفنية من بعض المختصين قبل وضع قائمة الأسئلة والاستفسارات بصورتها النهائية. وغالبا ما تشمل هذه القائمة ما يلي:

- ما هي الأجزاء أو العناصر من البرنامج التي يستهدفها التقييم ؟
- ما هي الأسئلة الملائمة لتقييم المجال المستهدف؟
- ما هي الطريقة الأكثر ملائمة للحصول على المعلومات المطلوبة؟
- من يقوم بجمع المعلومات وما مستوى ومحتوى التدريب اللازم لإعدادهم؟
- متى يتم التقييم وما هي الفترة اللازمة لجمع المعلومات؟
- من هي الفئات المشمولة في عملية جمع المعلومات؟
- ما هي المصادر اللازمة لإجراء التقييم وكيفية إعدادها وتوفيرها؟
- ما هي الآلية المناسبة لتنظيم المعلومات وتشمل إجراءات التفريغ والتبويب؟

- أية إجراءات أخرى تتطلبها مرحلة الإعداد لإجراء التقييم.

8- 3 إعداد وتحضير الأدوات والمصادر اللازمة لعملية التقييم

بانتهاء المناقشات الفنية حول الاستفسارات الواردة في البند السابق، يبدأ المقيّم بتجمع وإعداد خطة التقييم وتحديد المصادر اللازمة لتنفيذ عملية جمع المعلومات، وتتضمن الحصول على الرسومات الجغرافية وإعداد وسائط النقل وإعداد الاستمارات والاستبيانات وإخضاعها للتطبيق التجريبي قبل اعتمادها النهائي، وتحضير الأدوات الكتابية والقرطاسية اللازمة، وتعيين وتدريب المشاركين في جمع المعلومات والبيانات، وإعداد خطة التنفيذ ومناقشتها وتعديلها، بما فيها اختيار المشاركين وتعيين مهامهم ومناطق عملهم، وتحديد الفترة الزمنية المتوقعة لكل مرحلة من مراحل التقييم، وتحديد آلية تنظيم المعلومات المحصلة، وغير ذلك من متطلبات الإعداد السليم لإجراء تقييم ناجح.

8- 4 تنفيذ عملية جمع المعلومات

تتحدد الوسائل والطرق المستخدمة لجمع المعلومات، وتسير العملية بشكل مرن ومتعاون بين المقيم والفئات المعينة لتقديم المعلومات في إطار المخطط المعد مسبقا لهذا الغرض، وقد يتطلب الأمر أحيانا أن يبادر المقيم أثناء التطبيق إلى تعديل استراتيجياته في جمع المعلومات، وذلك بهدف تأكيد الموضوعية والحصول على اكبر قدر من البيانات والحقائق التي تفيد البرنامج والمنتفعين.

8- 5 دراسة وتحليل المعلومات والبيانات المحصلة

بانتهاء عملية جمع المعلومات، من المتوقع أن يحصل المقيم على كمية هائلة من المعلومات والحقائق، حول النقاط والمجالات المحددة والمستهدفة للتقييم، وغالبا ما تكون مثل هذه المعلومات والبيانات ذات

طبيعة عامة تحتاج إلى كثير من التلخيص والتنظيم والتحليل لاستخلاص النتائج التي تفيد أهداف ومجالات التقييم، ومهمة المقيّم هنا أن يخضع هذه المعلومات والبيانات لإجراءات متعمقة من الدراسة والتمحيص والتحليل، وأن يستخلص منها تلك المعلومات الدقيقة والمباشرة التي تفيد غرض التقييم، أما تلك المعلومات الثانوية فيمكن الاحتفاظ بها لاستخدام البرنامج في العديد من المجالات أو تقديمها لجهات أخرى يمكن أن ترى فيها فائدة معينة لخدمة البرنامج في شتى المجالات. وتتلخص المعلومات والبيانات المحصلة فيما يلي:

- توضيح الأهداف المرجعية الأساسية التي كان يسعى البرنامج لتحقيقها.
- ما هي الانجازات الحقيقية والفعلية الحالية، أو ما هو الواقع الحالي للبرنامج.
- أين الاختلاف أو الفجوات بين الأهداف الأصلية والانجازات الفعلية الحالية.
- ما هي الأسباب الحقيقية لهذه الاختلافات.
- ما هو المطلوب لتجسير الفجوة بين الأهداف الأصلية والانجازات الفعلية.

8- 6 تلخيص النتائج ودراستها

من المتوقع أن يقود التحليل المتعمق للمعلومات والبيانات المحصلة إلى فهم أعمق لواقع البرنامج الحالي وظروفه ومنجزاته، والى تحديد مصادر القوة والضعف في بنائه التنظيمي والإداري، والى تحديد فعالية

وجدوى المضامين والنشاطات المرتبطة بتنفيذ غرض البرنامج وأهدافه، وسيمكن مثل هذا الفهم المقيّم من الوصول إلى استنتاجات رئيسية وواضحة حول البرنامج.

يناقش المقيّم جميع استنتاجاته مع مختلف الجهات ذات العلاقة بالبرنامج، بدءا بالمجتمع المحلي والعاملين والأهالي، وقد يكون من المهم أن تناقش هذه النتائج مع الجهات الحكومية أو المنظمات ذات العلاقة. وهناك العديد من الطرق لمناقشة الاستنتاجات، وتشمل اللقاءات الفردية والجماعية أو الاتصال الهاتفي، وغيرها.

8- 7 إعداد التقرير النهائي للتقييم وتحديد التوصيات المناسبة

يمثل تقرير التقييم وثيقة شاملة وواضحة ومركزة لخلاصة نتائج جمع وتوصيف المعلومات والبيانات حول المجالات المستهدفة لعملية التقييم، وتختلف طرق صياغة محتوى التقرير النهائي للتقييم وفق غرضه وأهداف الجهة المستفيدة منه، فغالبا ما تطلب الحكومة أو منظمات الدعم، أن يتسم التقرير بالاختصار والوضوح وأن يركز على عناصر الجدوى والفعالية والتأثير على واقع الأشخاص المعوقين في المجتمع المحلي، بينما تطلب المؤسسات الأكاديمية تقريرا واسعا ومفصلا يفيد هدف البحث الأكاديمي، وأيا تكون الجهة المستفيدة، فمن المهم أن يكون تقرير التقييم مفيدا للمجتمع المحلي والعاملين والأشخاص المعوقين وأسرهم، باعتبارهم أصحاب المصلحة الأساسيين.

وتاليا أهم محتويات التقرير:

- **صفحة الغلاف**: وتشمل العنوان والاسم وموقع البرنامج، وأسماء المشاركين في تنفيذ التقييم، والجهات التي ترتبط

بالبرنامج كالوزارة أو منظمة محلية أو دولية، ويوضح على صفحة الغلاف فترة التقييم وتاريخ انجاز هذا التقرير.

- **تلخيص عام**: يكون ذلك على شكل استعراض مختصر (صفحة إلى صفحتين)، وذلك لإفادة الأفراد أو الجهات التي لا يتوفر لديها الوقت الكافي للاطلاع على محتويات التقرير المفصل. ويشمل هذا الملخص أهداف التقييم والجهة المستفيدة وأهم العناصر المشمولة والنتائج المستخلصة.
- **قائمة المحتويات**: تسجيل منظم ومتسلسل لمحتويات التقرير لتسهيل الاطلاع.
- **المعلومات المرجعية عن البرنامج**: يتضمن هذا الجزء نبذة عن نشأة البرنامج وأهدافه الأساسية، والفئات المستفيدة، وتحديد أولويات البرنامج ونشاطاته وموارده وغيرها.
- **طرق التقييم المستخدمة**: يبين هذا الجزء تلك الأساليب والأدوات والوسائل المستخدمة في جمع المعلومات، ويعرض للمشكلات التي اعترضت التنفيذ كالقوى البشرية والصعوبات المالية والاتصال والفترة والتعاون وغيرها.
- **مبررات الوسائل المستخدمة**: يوضح هذا الجزء، الأسباب والمبررات التي أدت إلى اختيار الوسائل المستخدمة في جمع المعلومات دون غيرها، مبينا مميزات وفوائد ذلك الاختيار ومستوى صدق هذه الوسائل في الحصول على المعلومات

والبيانات المتعلقة بالتقييم، ويمكن أن يقدم المقيّم شرحا توضيحيا مختصرا حول إجراءات تدريب المشاركين لاستخدام تلك الأساليب المحددة.

- **نتائج جمع المعلومات وتحليلها**: يشمل هذا الجزء تسجيلا وافيا لجميع المعلومات والبيانات والمعطيات المتوفرة من تطبيق إجراءات جمع المعلومات بوسائلها المختلفة، وعادة ما يتضمن هذا الجزء تلخيصا عاما لنتائج تحليل المعلومات المحصلة.
- **الاستنتاجات الرئيسية**: يعرض هذا الجزء الاستنتاجات الرئيسية للتقييم، مبينا أوجه القوة والضعف في تنفيذ البرنامج، وجدوى استخدام الموارد وكفاءة العاملين في تنفيذ مهماتهم ومدى الحاجة لتدعيم مهاراتهم. والأهم هو أن يبين التقييم فعالية وتأثير البرنامج على المجتمع المحلي والأشخاص المعوقين وأسرهم.
- **التوصيات**: يورد التقرير نماذج من المقترحات الهادفة إلى تحسين الأداء وتطوير البرنامج، وهنا، ولأهمية هذه التوصيات، فقد يكون من المفيد أن يتم عرضها في خلاصة التقرير، باعتبارها تلخيصا للإجراءات والمداخلات المطلوبة للمرحلة القادمة.

9- مجالات التقييم

تختلف المجالات المستهدفة لعملية تقييم برنامج التأهيل المجتمعي، وذلك اعتمادا على الهدف المحدد لعملية التقييم ومتطلبات الجهة التي

تطلب التقييم، وعادة ما يتركز تقييم برنامج التأهيل المجتمعي في ثلاثة ميادين أساسية، وهي: التكنولوجيا المستخدمة في بناء البرنامج ونظام إيتاء الخدمات وتنظيم البرنامج.

وتاليا عرض للمجالات التي يمكن أن تكون هدفا لتقييم برنامج التأهيل المجتمعي:

- تقييم تأثير البرنامج في تحسين واقع الأشخاص المعوقين في المجتمع خلال فترة زمنية محددة، فيما يتعلق بأوضاعهم التعليمية والبدنية والنفسية والحرفية، وغيرها.
- تقييم اتجاهات المجتمع ومشاركتهم في نشاطات البرنامج، ومدى مساهمة البرنامج في تحسين فرص الأشخاص المعوقين للمشاركة والاندماج في الحياة الاجتماعية العادية كالمدارس والنوادي والمتنزهات والمواصلات والوظائف وغير ذلك من تسهيلات وبرامج المجتمع العادية.
- تقييم التكلفة المادية للبرنامج مقارنة مع عدد الأفراد المستفيدين من الخدمات ومقارنتها بالتكلفة المادية للخدمات المؤسسية.
- تقييم فعالية البرنامج في تطوير علاقات التعاون مع العالم الخارجي، بما فيها برامج التعاون الفني والمادي ومؤسسات التحويل الوطنية والخارجية.

- تقييم فعالية البرنامج في استقطاب الاهتمام المحلي والإقليمي والدولي، وقدرته على تغيير المفاهيم التقليدية والاتجاهات النفسية للآخرين، بما يشمل إجراء تغييرات هامة في التشريعات وفرص مشاركة المعوقين في حياة المجتمع.
- تقييم فعالية البرنامج في قدرته على التنسيق بين الخدمات الإنمائية داخل المجتمع في إطار تكاملي تعاوني، للمشاركة في مواجهة مشكلة الإعاقة والمشاكل الاجتماعية الأخرى، كالخدمات الصحية أو التعليمية أو الاجتماعية أو المهنية.
- تقييم نتائج تطوير النشاطات المهنية والتدريبية والتشغيلية، وانعكاسها على التكيف المهني وتحسين فرص التشغيل والدخل للأشخاص المعوقين وأسرهم.
- تقييم فعالية البرنامج في توفير الأدوات المساعدة والأجهزة الخاصة بتسهيل دمج الأشخاص المعوقين في حياة المجتمع، وتقييم إجراءات تعديل وتكييف وتطوير هذه الأدوات بما يتلاءم مع الواقع المحلي.
- تقييم نتائج تنفيذ نشاطات البرنامج في إعداد الفنيين والمؤهلين للعمل مع الأشخاص المعوقين على مختلف المستويات؛ المحلي والوسيطي والوطني.
- تقييم فاعلية البرنامج في التأثير على اتجاهات أصحاب القرار في مختلف المستويات، لدعم بناء الاستراتيجيات والسياسات الحكومية في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين.

- تقييم فاعلية البرنامج في توجيه المؤسسات الأكاديمية كالجامعات ومراكز البحوث للاهتمام بالدراسات والبحوث الخاصة بتأهيل الأشخاص المعوقين وخدماتهم.

الفصل الرابع

التوجهات الحديثة

في

تأهيل الاشخاص المعوقين

الفصل الرابع

التوجهات الحديثة في تأهيل الاشخاص المعوقين

تجسد الاهتمام العالمي بقضايا الإعاقة بإعلان سنة 1982، السنة العالمية للمعوقين، وتبني الفترة1983- 1992، العقد الدولي للأشخاص المعوقين، الذي كان مناسبة نشطت فيها المجموعة الدولية والحكومات والمجتمعات ومنظمات المعوقين لبلورة الأفكار والاستراتيجيات التي تضع الإعاقة وخدماتها في سياق التوجهات العالمية الحديثة.

وهكذا، وانطلاقا من الالتزام الدولي والحكومي والشعبي بالمبادئ الموجهة للتطورات الحديثة في سائر مجالات الحياة، فقد ارتبطت قضايا الإعاقة ارتباطا وثيقا بهذه المبادئ، وأفادت بالتالي في توجيه السياسات والاستراتيجيات الدولية والحكومية في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين. وفي هذا الإطار نورد فيما يلي العناصر الثلاث الأساسية التي توجه التفكير الحديث في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين.

1- تأهيل المجتمع نحو تاهيل الأشخاص المعوقين

يركز المنظور التقليدي لتأهيل الأشخاص المعوقين على مفاهيم العجز، ويقوم على منهجية تستهدف مواجهة هذا العجز من خلال الفرد المعوق باعتباره هدفا للعون والمساعدة وموضوعا لإجراءات التأهيل بمستوياتها وأنماطها المختلفة، وباعتباره المشكلة التي ينبغي التركيز عليها وإيجاد الحلول المناسبة لمشكلات العجز لديها. وهنا يبدو التناقض

واضحا بين ما يهدف إليه التأهيل وبين ما تعنيه الإعاقة، فالإعاقة كمفهوم، لا ترتبط بمستويات العجز أو القدرة لدى الفرد، فهذا شيء طبيعي من خلال فهم الفروق الفردية بين الناس، بل هي انعكاس للمنظور الاجتماعي في تقييم العجز لدى الفرد في التعامل مع متطلبات الدور أو الوظيفة، وهنا، تكمن المشكلة في طبيعة التركيب الثقافي والاجتماعي للمجتمعات، وفي تلك النظرة الدونية التي يتعامل بها المجتمع نحو أفراده من ذوي الاعتلال أو العجز.

وفي إطار الالتزام بمبادئ حقوق الإنسان، فإن المجتمع ملزم بقبول الفروق الفردية بين أفراده، وليس العمل على تعديلها بشكل قسري، بل بتوفير ما يلزم من التسهيلات لاستيعاب هذه الفروقات في البنى العادية لبرامج المجتمع، وليس باستثنائها أو إهمالها.

وهنا تتحدد المعالم الحقيقية لهدف إجراءات تأهيل الإعاقة في توجهها نحو إيجاد الحلول المناسبة والوسائل الملائمة لإعادة توظيف واستثمار القدرات المتبقية لدى الفرد بوسائل تعويضية تهيئ للفرد المعوق إمكانية التفاعل مع المكونات العادية القائمة في المجتمع.

فالاعتلال والعجز ليسا خيارات فردية بحيث يتحمل الشخص المعوق أو أسرته مسؤوليات مواجهتها بشكل حصري، بل ترتبط في معظمها بمسؤولية المجتمع في توفير متطلبات الوقاية بمجالاتها الواسعة، والإعاقة ما هي إلا النتيجة الحتمية لمواقف الإهمال والتحيز السلبي التي يبديها المجتمع حيال أعضائه من المعوقين. وهنا تتبدى مسؤولية المجتمع في توفير الوسائل الكفيلة بتنمية القدرات المتبقية لدى الفرد المعوق، وتهيئة الظروف المناسبة للتخفيف من العجز وتحسين الواقع، وبما يمكن

الشخص المعوق من بناء حياة مستقلة وكريمة، وبما يؤكد حقوقه بالمشاركة في حياة المجتمع.

إن أحد أهم الركائز التي تقوم عليها الاتجاهات الحديثة للتأهيل، هو تهيئة المجتمع لتقبل الإعاقة كواقع وفروق فردية وحقوق إنسانية، وذلك من خلال النشاطات الموجهة نحو تحسين الوعي الاجتماعي، وإزالة الحواجز ودعم دمج الأشخاص المعوقين في مختلف نواحي الحياة في المجتمع، وبهذا تكون الإجراءات التاهيلية للأشخاص المعوقين مجرد عوامل مساعدة لتحقيق الحد الأقصى من الدمج في المجتمع.

2- التكامل القطاعي لخدمات التأهيل

يتوجه التأهيل الحديث للأشخاص المعوقين نحو إجراء تغييرات حاسمة في الممارسات السائدة على مختلف المستويات. ويبدأ هذا التحول في إيجاد نوع من التنسيق بين مختلف القطاعات المرتبطة بالحاجات التاهيلية للأشخاص المعوقين، وإذا ما أريد للتأهيل أن يكون شموليا وفاعلا فلا بد أن يكون هذا التنسيق في إطار سياسة وطنية واضحة وبمشاركة القطاعين الحكومي والأهلي على حد سواء. ومن الأمثلة الواضحة على ذلك، أن الشخص المعوق سيجد صعوبة في تحقيق الدمج المهني، إذا لم يكن قد عايش خبرات ايجابية للدمج التعليمي، وفي الوقت ذاته، يصعب تحقيق الدمج التعليمي دون دعم الأسرة ودون تدريب المعلمين ودون تبسيط المناهج ودون توفير الأدوات المعينة. وقبل هذا وذاك، فقد يكون من الصعب أن يحقق الشخص المعوق الدمج المنشود، إذا لم تتوفر

الظروف الصحية الملائمة من خلال برامج الرعاية الصحية الأولية والخدمات الصحية المتخصصة والتأهيل الطبي الملائم. من هنا، لا بد أن تتوفر للشخص المعوق وأسرته إمكانيات الوصول إلى الخدمات والحصول عليها من خلال برامج المساعدة والدعم الأهلي والحكومي.

يهدف التنسيق بين الوزارات الحكومية والقطاع الأهلي إلى تسهيل مهمة القائمين على التأهيل في مختلف المستويات، وبما يمكنهم من تقديم التوجيه والإرشاد للأشخاص المعوقين الباحثين عن خدمات التحويل، دون ازدواجية أو عشوائية، وبما يفيد الاستثمار الأمثل للموارد المحلية في توفير الخدمات التاهيلية لسائر الباحثين عنها في الريف والمدينة.

3- تعزيز دمج خدمات تأهيل الاشخاص المعوقين في الخدمات العادية

ما من شك في وجود علاقة وثيقة لربط الاتجاهات الاجتماعية السلبية نحو الأشخاص المعوقين بممارسات وتطبيقات النظام العزلي الخاص في إيتاء خدمات التأهيل، وبحيث تتأصل الاتجاهات السلبية من خلال منظور الإبعاد والاستثناء في التعامل مع الأشخاص المعوقين وخدماتهم. وتقوم هذه الاتجاهات السلبية أساسا في ظروف لا تتيح لأفراد المجتمع من غير المعوقين فرصة التفاعل والمعايشة القريبة للأشخاص المعوقين في ظروف الحياة العادية، وهنا، فإن هدف جميع إجراءات التأهيل الحديث يتمحور حول تحقيق إدماج الأشخاص المعوقين وخدماتهم في حياة المجتمع الذي يعيشون فيه، فالإدماج هنا لا يرتبط بالإجراءات التي توفر إمكانيات التقبل وتحسين الفرص، بل يسعى إلى تحقيق

الكرامة التي حرم الأشخاص المعوقون منها خلال العقود الماضية نتيجة ممارسات العزل والإبعاد والاستثناء، وذلك باعتبارهم فئات خاصة، وهو ما يشكل في المحصلة تلك الاتجاهات السلبية نحوهم ونحو خدماتهم.

ترتبط إجراءات الدمج بالعديد من المواقف التطبيقية في مختلف المجالات، وفيما يلي عرض لبعض الإجراءات والمتطلبات والشروط التي تهدف إلى تحسين إمكانيات دمج الأشخاص المعوقين وخدماتهم في البرامج والتسهيلات العادية القائمة في المجتمع:

3- 1 الخدمات التأهيلية المتخصصة

تشير الدراسات التتبعية لتطور خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين خلال العقدين الماضيين إلى تطور واضح في تبني مفاهيم دمج الأشخاص المعوقين وخدماتهم في التسهيلات العادية القائمة والى تدني الاعتماد على تدابير العزل والاستثناء المرتبطة بالخدمات المؤسسية، ويرجع هذا التوجه الحديث إلى سببين رئيسيين، هما :

اولا: الميل الزائد للخدمات المتخصصة إلى الحماية المفرطة التي تحد من إمكانيات التفاعل والتكيف في الحياة العامة للمجتمع، وكذلك لأسباب تتعلق باعتمادها الدائم على المتخصصين في مواجهة المشكلة، وهو ما يؤثر سلبيا على تطوير مبدأ الاعتماد على الذات.

ثانيا: التكلفة الباهظة للخدمات التاهيلية المتخصصة المتمركزة في المدن الكبيرة، التي لا تصل إلا لفئة قليلة لا تزيد نسبتهم عن 5٪ من مجموع المعوقين المحتاجين لهذه الخدمات على المستوى الوطني. وعليه فإن

التوجهات الحديثة تتوجه نحو تشجيع الدمج في الخدمات الصحية والتعليمية والمهنية والاجتماعية القائمة في المجتمع، وفي ظروف تتسم بالعادية قدر المستطاع.

3- 2 المسؤولية الحالية للوزارات المعنية بالأشخاص المعوقين

يمثل الأشخاص المعوقين شريحة سكانية ترتبط حاجاتهم كغيرهم من المواطنين بالخدمات القطاعية كالصحة والتعليم والتدريب المهني والتشغيل ... الخ. وتدل الممارسات التقليدية القائمة في العديد من الدول النامية على ربط مجمل هذه الخدمات بوزارة معينة في إطار التنظيم الحكومي للخدمات، وهي في الغالب وزارة الشؤون الاجتماعية التي عادة ما تعين حصرا كجهة حكومية مسئولة عن رعاية وتأهيل الأشخاص المعوقين، وبحيث يكون من النادر أن تجد تلميحا لمسؤولية الوزارات الأخرى نحو الأشخاص المعوقين.

من البديهي والحال هذه أن يتكون الانطباع بأن تأهيل الإعاقة ما هو إلا ميدان مستهدف لدور ومهام وزارة الشؤون الاجتماعية المرتبط تقليديا ببرامج المساعدة والرعاية،بالمنظور الاجتماعي، وغالبا ما تكون المحصلة السلبية لمثل هذا الإجراء:-

- تدني مستوى الخدمات المقدمة بسبب افتقار الوزارة للتخصصية اللازمة.
- ضعف مسؤولية القطاعات الأخرى بوجود جهة محددة لهذه الخدمات.

- تعزيز الاعتقاد التقليدي بكون الأشخاص المعوقين، مجرد حالات اجتماعية مستهدفة لبرامج المساعدة التي تقدمها وزارة الشؤون الاجتماعية.

مما سبق، فإن تنامي المنظور الاجتماعي في خدمات تأهيل المعوقين، قد ساهم بشكل واضح في تدني مستويات الدمج وأدى إلى تفاقم الكثير من المشكلات الإدارية والفنية والمالية لدى الوزارة المعنية، وهو ما دعا إلى ضرورة البحث عن سياسات حكومية جديدة، تقوم على مبدأ يهدف إلى إدماج خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في البناء التنموي العام، وبحيث تقوم هذه السياسة على إستراتيجية التكامل القطاعي بين مختلف الوزارات، والتقليل قدر المستطاع من تركيز المسؤولية على القطاع الاجتماعي.

3- 3 تضمين خدمات المعوقين في السياسات والبرامج الحكومية

يتعزز مفهوم الدمج الشامل لخدمات تأهيل المعوقين، عندما يتم أخذ هذه الحاجات في الاعتبار في بناء السياسات والبرامج والمشروعات، وعندما تكون جزءا من مهام الوزارات والمؤسسات القطاعية كالصحة والتعليم والتدريب المهني والعمل والمواصلات والتنمية الاجتماعية والزراعة ... وغيرها.

ففي مجال التعليم مثلا، فلا بد أن يكون تعليم الأطفال والبالغين من ذوي الاحتياجات الخاصة، مسؤوليات ترتبط بدور وزارة التربية والتعليم ومؤسساتها في توفير فرص التعليم لجميع المواطنين بلا استثناء، وليس كمسؤولية ترتبط بوزارة الشؤون الاجتماعية كما هو

الحال في العديد من دول العالم الثالث، وإن حقيقة افتقار وزارة التربية والتعليم إلى البناء المعرفي والمهارات اللازمة لمواجهة الحاجات التعليمية للأشخاص المعوقين، يؤكد أن حقوق الأطفال المعوقين التعليمية ما زالت قاصرة رغم الاعتماد الحكومي لفلسفة (التعليم للجميع)، فالمشكلة هنا لا تتوقف عند مستوى المضمون التعليمي بل ترتبط بحقوق المواطنين المعوقين في المجتمع، وقد يكون مثل هذا المنع في الحصول على الحقوق المتكافئة، هو المحرك الأساسي الذي دعا إلى إصدار إعلان سلامنكا- اسبانيا سنة 1994، الذي ينادي بأن يكون دمج الأشخاص المعوقين في العملية التعليمية أحد المكونات الهامة للتخطيط الوطني، وذلك بإزالة الحواجز التي تفصل التعليم الخاص عن التعليم العام.

أما في مجال التدريب المهني، فغالبا ما تقدم وزارة الشؤون الاجتماعية نفسها كجهة متخصصة في توفير التدريب المهني والتشغيل لفئات الإعاقة، حيث تقوم بإنشاء وإدارة مراكز التأهيل والتدريب المهني للمعوقين، بينما تستطيع الغالبية العظمى من المعوقين الملتحقين بهذه المراكز الخاصة والمعزولة والمكلفة من الانخراط في البرامج التدريبية العادية التي تديرها وتسيرها وزارة التربية والتعليم أو مؤسسات التدريب المهني التابعة لوزارة العمل، وهو ما يمكن أن يوفر على الدولة مهمة إنشاء المراكز الخاصة ذات التكلفة الباهظة، وبما يحد من تكريس منظور العجز والعزل للمعوقين ولا بد هنا من إعادة التفكير في دور وطبيعة وبناء هذه المراكز الخاصة وإتباعها لمؤسسة التدريب المهني،

تحقيقا لمبدأ الدمج وفي إطار يأخذ في الاعتبار تلك الظروف الخاصة المرتبطة بالأشخاص المعوقين، وذلك من خلال بعض التعديلات البسيطة المنهجية أو الإدارية أو الجغرافية، وبما لا يؤثر على فرص المستفيدين من غير المعوقين نتيجة مثل هذه التعديلات.

غالبا ما يكون ضعف الموارد سببا لتبرير الافتقار للسياسات الحكومية الواضحة حول الدمج، وهنا فإن هذا التبرير، يصبح في حد ذاته، عاملا يؤكد الحاجة إلى بلورة سياسة عامة للدمج، وذلك باستثمار البناء القطاعي القائم للخدمات كالصحة والتعليم والتدريب والتشغيل، وإعادة توجيهها وتنظيمها وتطويرها لتحقيق هدف الدمج الفعال، بدل استنفاد الموارد المحدودة في الاستحداث الجديدة المتخصصة ذات التكلفة الباهظة.

3- 4 دور وزارة الشؤون الاجتماعية في اطار السياسة الحكومية

غالبا ما يطرح التساؤل حول دور وزارة الشؤون الاجتماعية في إطار السياسة الحكومية لإدماج الأشخاص المعوقين، وهنا، من المهم التأكيد على استمرار دور الوزارة في توفير مظلة التنسيق الوطني للخدمات القطاعية المختلفة، وأن يتم تحويل دورها التقليدي كمقدم وحيد للخدمات القطاعية إلى دور المنسق المركزي لهذه الخدمات، وأن تكون الوسيط الفعال لتأكيد الحقوق وتسهيل إجراءات التحويل والوصول لهذه الخدمات.

يبدو أن مثل هذا الدور المقترح لوزارة الشؤون الاجتماعية سيبقى قاصرا في تحقيق الأهداف المرسومة في غياب السياسات الحكومية

الواضحة وتدني الموارد المادية والبشرية لدى الوزارة. من هنا قد يكون الطرح البديل في أن تقوم إستراتيجية التنسيق القطاعي على التزام معنوي من مختلف الجهات المعنية بالخدمات، مدعمة بالميزانيات الحكومية اللازمة، وبحيث يكون الدمج التزاما سياسيا يؤكد على حقوق المواطنة للاستفادة من التسهيلات العادية القائمة في المجتمع؛ لتكون في متناول الجميع، بمن فيهم الأشخاص المعوقون.

3- 5 الخدمات القطاعية في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين

لا تختلف حاجات الأشخاص المعوقين في طبيعتها وأهميتها عن تلك الحاجات العامة لسائر الناس، إلا أن طبيعة الإعاقة ونظام إيتاء الخدمات السائد في المجتمع، يحتم ضرورة البحث عن الأدوات والوسائل التي تمكن الأشخاص المعوقين من الوصول للخدمات والحصول عليها، وبما يتناسب مع ظروفهم وحاجاتهم في إطار نظام إيتاء الخدمات القائم في المجتمع.

ولأهداف هذا البحث، سيتم التركيز على القطاعات الأساسية ذات العلاقة بحاجات تأهيل الأشخاص المعوقين، هي: الصحة والتعليم والتدريب المهني والتشغيل والخدمات الاجتماعية..

3- 5- 1 القطاع الصحي

منذ إعلان ألماتا سنة 1978، تزايد اهتمام وزارات الصحة في العديد من دول العالم لتطوير برامج الرعاية الصحة الأولية. ويشير الإعلان إلى أربعة مجالات هامة وهي: الوقاية والتدعيم والعلاج والرعاية التاهيلية. إلا أن تقييم الواقع خلال العقدين الماضيين يدل على تسارع هائل في تطور المجالات الثلاثة الأولى، بينما يشهد المجال الرابع قصورا واضحا، على رغم تبني الكثير من الدول الموقعة على الإعلان إستراتيجية التأهيل المجتمعي لمواجهة حاجات تأهيل الأشخاص المعوقين في مجتمعاتهم.

تاليا عرض مختصر للمبادئ والمجالات التي تضمنها إعلان "آلما ألتا"، التي تمثل في مجملها الإطار العام لخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين من خلال برنامج الرعاية الصحية الأولية:

أولا: ا لخدمات الصحية الروتينية

غالبا ما يعاني الأشخاص المعوقون في العديد من دول العالم، صعوبة في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية لأسباب ترتبط أساسا بتدني الوعي والاهتمام من العاملين الصحيين، وبسبب صعوبة التواصل بين الأشخاص المعوقين والقائمين على الخدمات الصحية، وهو من يدعو إلى تعزيز دور العاملين الصحيين من خلال برامج التدريب الهادفة إلى تنمية المهارة والكفاءة لدى العاملين في الميدان الصحي ومساعدتهم لتقديم الخدمات الصحية الأساسية في مجالات الاكتشاف والتشخيص والمساعدة العلاجية.

ثانيا- الوقاية من الإعاقة

يتضمن برنامج الوقاية من الإعاقة ثلاث مستويات، لكل منها نشاطاته وأهدافه، وتاليا شرح موجز لكل من هذه المستويات:

أ- الوقاية الأولية:

يتضمن برنامج الوقاية الأولية الإجراءات الهادفة إلى الوقاية من الأمراض والحوادث والممارسات التي يمكن أن تسبب الاعتلال أو الإعاقة، وتشمل برامج التطعيم، ورعاية الأم والطفل والتثقيف الصحي والتغذية والنظافة والتدخين والسلامة على الطرق، وغيرها من العوامل المسببة للاعتلال قبل حدوثه.

ب- الوقاية على المستوى الثاني - التدعيم

وتتضمن إجراءات الاكتشاف المبكر للاعتلال وسرعة معالجتها للحد من المضاعفات المصاحبة لها. ويشمل العلاج استخدام المضادات الحيوية، أو التدخل الجراحي للتقليل من تلف العظام أو الأعصاب أو الأعضاء الداخلية.

ج- المستوى الثالث للوقاية - العلاج

وهي الإجراءات الهادفة إلى الحد من أو التقليل من إمكانية أن يقود الاعتلال أو العجز إلى الإعاقة، وتشمل الجراحة التجبيرية وتوفير الأدوات المعينة كالنظارات الطبية والسماعات، والمعينات الجسدية والتأهيل الطبي. وهنا، وعلى الرغم من أهمية إجراءات الوقاية على هذا المستوى، إلا أنها غير مشمولة بخدمات الرعاية الصحية الأولية في العديد من الدول النامية، وحتى إن وجدت، فإنها غالبا ما تتركز في المدن الكبيرة، ولا تكون في متناول سكان الأرياف والمناطق البعيدة عن مراكز المدن.

ثالثا: تدريب موظفي الرعاية الصحية للعمل مع الأشخاص المعوقين

يشير العرض الشامل لواقع ومحتوى التدريب الموجه للعاملين في برامج الرعاية الصحية إلى نقص في المعلومات الخاصة بالإعاقة، فعلى رغم وفرة المعلومات التي تقدمها برامج التدريب حول الاعتلال والوقاية منها، إلا أنها تخلو من المعلومات حول كيفية التعامل مع الأشخاص الذين يعانون من الاعتلال، ومثال ذلك: قد يشمل برنامج تدريب الأطباء والممرضين معلومات عن الأمراض التي يمكن أن تسبب اعتلال البصر أو السمع، إلا أن برنامج تدريبهم يخلو من المعلومات الموجهة حول كيفية التواصل مع الشخص المعتل سمعيا أو بصريا، وهو ما يستدعي إثراء البرنامج التدريبي والعملي في هذا المجال، وذلك بإعطاء مزيد من الاهتمام في تدريب العاملين الصحيين وتزويدهم بالمعلومات الضرورية حول متطلبات التفاعل مع الأشخاص المعوقين، وتوجيههم نحو مداخلات التخصص الذي يمكن أن يحد من تفاقم العجز والإعاقة.

3- 5- 2 قطاع التعليم

يؤكد الإعلان العالمي لحقوق الطفل على حق كل طفل في الحصول على التعليم، وتؤكد القاعدة السادسة من القواعد الموحدة الصادرة عن الأمم المتحدة بشأن تكافؤ الفرص للأشخاص المعوقين، على انه "ينبغي للدول أن تعترف بمبدأ المساواة في فرص التعليم في المرحلتين الابتدائية والثانوية والمرحلة الثالثة وذلك ضمن أطر مدمجة للمعوقين الأطفال والشباب والكبار وتكفل أن يكون تعليم الأشخاص المعوقين جزءا لا يتجزأ من النظام التعليمي"، وقد تبلور هذا التوجه على شكل إعلان دولي خلال المؤتمر العالمي حول الاحتياجات التعليمية الخاصة التي نظمته اليونسكو في سلامنكا/ اسبانيا سنة 1994، ويؤكد الإعلان على مسؤولية المدرسة العادية في استيعاب جميع الأطفال ومنهم المعوقين في برامجها التعليمية، ودعا الإعلان سائر الدول إلى تطوير السياسات والقوانين التي تعزز منهجية التعليم الشامل وتحسن فرص انخراط الأطفال المعوقين في المدارس العادية قدر المستطاع إلا إذا استدعت شدة حالة العجز لديهم غير ذلك. وتاليا تلخيص لبعض الشروط والمبادئ التي تحكم الإدماج التعليمي للأشخاص المعوقين:

3- 5- 2- 1 التوجهات الحديثة في مواجهة الحاجات التعليمية الخاصة

أظهرت الدراسات الميدانية التي أجرتها منظمة اليونسكو في ثمانينات القرن الماضي، حول واقع التعليم الموجه للأشخاص المعوقين في

العديد من الدول إلى وجود فجوة حادة بين الحاجات التعليمية والإمكانيات والفرص المتوفرة، وهو ما دعا إلى ضرورة البحث عن استراتيجيات جديدة في مواجهة هذا الواقع، وقد أشارت الدراسات أيضا، إلى أن ما نسبته 10- 15٪ من الطلبة في المدارس العادية، هم بحاجة إلى نوع من الدعم التعليمي الخاص خلال فترات معينة من تواجدهم في المدرسة.

إضافة إلى ما سبق، فإن تحليل الواقع التعليمي في العديد من الدول النامية، يشير إلى أن المدرسة عادة ما تستوعب الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية بشكل عشوائي، دون أن تأخذ حاجاتهم التعليمية الخاصة في الاعتبار، وتكون النتيجة الحتمية في عدم قدرتهم على مجاراة أقرانهم في التحصيل الدراسي، بحيث يجدون أنفسهم خارج المدرسة بالتسرب أو الطرد، وهذه الفئة هي التي تمثل التحدي الحقيقي للعملية التعليمية.

وفي إطار البحث عن الحلول، لا بد من إعادة تنظيم وتعديل النظام التعليمي برمته، وذلك بتكييف إمكانيات وظروف المدرسة وتعديل أدوار المعلمين وطرقهم التعليمية، وتهيئتهم لمواجهة الحاجات التعليمية لجميع الطلاب المستهدفين للعملية التعليمية، بغض النظر عن محدودية القدرة لديهم أو احتياجاتهم التعليمية الخاصة.

تشير نتائج التجارب الحديثة في العديد من بلدان العالم إلى أن نموذج المدرسة الجامعة (**Inclusive School**)، يبدو وكأنه الأسلوب الأمثل في مواجهة الحاجات التعليمية الخاصة للمعوقين في الصف

التعليمي العادي، وبما يفيد التفاعل بين التلاميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم من غير المعوقين في بيئة المدرسة وفي حياة المجتمع.

تفيد خبرات التطبيق في العديد من الدول إلى أن التطبيق الواعي والفعال لمفهوم المدرسة الجامعة، سيمكن المؤسسات التعليمية العادية في المجتمع أن تستوعب الغالبية العظمى من الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة في بنيتها التعليمية. وتشير التقديرات إلى أن ما نسبته 80٪ من الحاجات التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة يمكن توفيرها من خلال المدرسة الجامعة، وبحيث تبقى مراكز ومؤسسات التعليم الخاص، لأولئك الذين لا تمكنهم طبيعة وشدة الإعاقة لديهم من الاستفادة من برامج الدمج التعليمي. وينطبق هذا على الأطفال الذين يعانون من إعاقة شديدة أو إعاقات مزدوجة، والذين تتطلب طبيعة الإعاقة لديهم أن ينخرطوا في برامج خاصة ومعدلة في أسلوبها ومضمونها، خارج هياكل التعليم العادي.

مما سبق، فإن استحداث المؤسسات التعليمية الخاصة، قد يبدو ضروريا لمواجهة الحاجات التعليمية التي لا يمكن توفيرها في موقف المدرسة الجامعة. إلا أن ذلك لا يعني ترسيم حدود مغلقة وعزلية بين المدرسة الجامعة والمؤسسة الخاصة، إذ يمكن أن تكون المؤسسة الخاصة مجرد إطار مرحلي لتوفير إجراءات ومداخلات التخصص التي لا تستطيع المدرسة العادية توفيرها من خلال إمكاناتها الفنية المحدودة، وبحيث تصبح هذه الإجراءات عاملا حاسما في تحقيق الدمج في البناء التعليمي الذي تنتهجه المدرسة الجامعة، ومن الأمثلة الواضحة لتلك

الإجراءات التخصصية ما تقدمه المؤسسة الخاصة من تدريب مهاري للأطفال المكفوفين لاستخدام طريقة "**بريل**" في **الكتابة** أو في التدريب عن كيفية استخدام العصا البيضاء أو ما تقدمه من تدريب نطقي لذوي الإعاقات السمعية أو ذلك التدريب المتخصص للمعوقين جسديا في استخدام كرسي العجلات أو مساعدات المشي والتنقل.

وإضافة إلى دورها في توفير إجراءات التخصص لذوي الاحتياجات الخاصة، فإن المؤسسات الخاصة تمتلك الموارد اللازمة لتعزيز الدمج التعليمي من خلال دورها في تدريب وتوجيه المعلمين في المدارس العادية لمواجهة الحاجات التعليمية لذوي الحاجات الخاصة في إطار المدرسة العادية، وتشمل تطوير المهارات في مجالات اكتشاف وتحديد صعوبات التعلم وإجراءات تعديل السلوك وتعديل المناهج وطرق التعليم وتطوير أساليب الاتصال، وغيرها.

3- 5- 2- 2 المبادئ الأساسية للحاجات التعليمية الخاصة

يقوم الدمج الفعال للحاجات التعليمية الخاصة للأشخاص المعوقين على مجموعة من المبادئ والموجهات، وهذه المبادئ هي:

أولا : السياسات العامة

يتطلب التطبيق الفعال للاتجاهات الحديثة في مواجهة الحاجات التعليمية الخاصة للأشخاص المعوقين، توفر السياسات والتشريعات الواضحة التي تؤكد حق الشخص المعوق في الحصول على فرصة تعليمية في المدرسة العادية، وبحيث ينحصر التحويل إلى المدارس الخاصة بأولئك

الذين يؤكد التقييم العلمي عدم إمكانية توفير حاجاتهم التعليمية في المدرسة العادية.

ثانيا: العناصر التعليمية

لا يختلف الشخص المعوق عن أقرانه بالطبيعة ولكن بمستوى الحاجة، من هنا فمن المهم أن يبنى الموقف التعليمي لمواجهة الفروق الفردية بين الأشخاص سواء كانوا معوقين أو غير معوقين، وهو ما يتطلب العمل على إعادة تشكيل العملية التعليمية برمتها بما تشمله من المناهج والتعليمات والأنظمة والوسائل والمعلمين والزملاء، وكذلك باتخاذ الإجراءات الكفيلة لتسهيل إمكانيات الوصول للمدرسة وتعديل الظروف التي تهيئ للشخص المعوق فرصة الاستفادة الكاملة من التسهيلات التعليمية المتاحة للجميع.

ثالثا: تدريب الكوادر التعليمية

من المهم أن يتضمن برنامج التدريب الأساسي للموظفين(المعلمين والإداريين) موجهات حول المبادئ التعليمية والاستراتيجيات الحديثة لمواجهة الحاجات التعليمية الخاصة للأشخاص المعوقين، ويأتي ذلك بإدخال وحدات تدريبية حول الاحتياجات التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة في برامج التطوير التربوي التي تنظمها وزارة التربية لموظفيها في مختلف المستويات بمن فيهم المعلمين والمشرفين والمدراء.

رابعا: خدمات الدعم

يمكن الاستفادة من جهود مختلف القوى البشرية في مواجهة الحاجات التعليمية للأشخاص المعوقين، ويأتي ذلك من خلال تنسيق

جهود هذه القوى البشرية كالمستشارين، والأخصائيين النفسيين وأخصائيي النطق وأخصائيي العلاج الوظيفي، وغيرهم.

خامسا تحديد الأولويات

ينبغي تحديد الأولويات ذات الأهمية التي تحكم تطبيق منهجية الدمج التعليمي لذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية، وتشمل:

- تطوير علاقة تنسيقية بين القسم الصحي والقسم التعليمي لاكتشاف الأطفال في سن مبكرة وتقييم حاجاتهم التعليمية وإعدادهم للمدرسة الجامعة في سن التعليم.
- تحديد النشاطات اللازمة للبالغين في المدرسة، كاستحداث برامج محو الأمية وبرامج التدريب المهني وتوفير إمكانيات اكتساب الخبرة العملية خارج إطار المدرسة.
- الاهتمام بتعليم النساء المعوقات، بما يفيدهن في الاختيار الواقعي لمستقبلهن.

سادسا: المشاركة المجتمعية

تشارك الأسر والتنظيمات والجمعيات الخاصة بالأشخاص المعوقين في تصميم وتحديد البرامج التعليمية الملائمة للأشخاص المعوقين في المدرسة والمجتمع، ويأتي ذلك من خلال تشجيع المشاركة التطوعية وتفعيل دور وسائل الإعلام في تنمية المشاركة المجتمعية.

سابعا: الموارد

تقوم المدرسة الجامعة على مبدأ الاستثمار الأمثل للموارد المتاحة من مختلف القطاعات الرسمية والأهلية ومصادر المجتمع المحلي والأسرة. وهنا وبهدف تعزيز الموارد المحلية، تقوم الدولة بتخصيص بعض الموارد الثابتة في ميزانيتها لتشجيع استقطاب الموارد اللازمة من جهات الدعم الأخرى، المحلية منها والخارجية.

3- 5- 3 قطاع التدريب المهني والتشغيل

تقوم خدمات التأهيل المهني التقليدي على مبدأ تحويل الأشخاص المعوقين بشكل تلقائي إلى المراكز الخاصة التي يتم إنشاؤها لتوفير خدمات التدريب والتشغيل المهني للأشخاص المعوقين بشكل حصري. ويبدو أن مثل هذه الممارسات تتناقض مع مبادئ حقوق الإنسان في الحصول على فرص متكافئة، ويعمل على إهمال القدرات الفردية لدى الكثير من الأشخاص المعوقين في التكيف مع متطلبات التدريب المهني المتاحة لغير المعوقين في الظروف العادية. وهذا ما دعا إلى التفكير بطرائق وأساليب مستحدثة تؤكد حقوق الأشخاص المعوقين وتناسب قدراتهم في مجالات التدريب والتشغيل المهني، وتاليا تلخيص لبعض هذه الأساليب:

أولا: الدمج في البرامج التدريبية العادية

يمكن الاستفادة من البرامج التدريبية المهنية القائمة في مواجهة الحاجات التدريبية للأشخاص المعوقين، بتحسين الكفاءة المهنية للمدربين وتوفير التسهيلات المكانية والبيئة الجغرافية وتعديل الإجراءات الداخلية، بما يمكن الأشخاص المعوقين من الاستفادة من هذه البرامج العادية القائمة، وفي إطار سياسة حكومية واضحة تؤكد وتدعم مفهوم الدمج.

ثانيا: التلمذة المهنية

يعتبر أسلوب التلمذة المهنية احد الوسائل الهامة في توفير فرص التدريب وتحسين المهارة في الأعمال والمهن السائدة في المجتمع، وبحيث تكون مساهمة الشخص المعوق في عملية الإنتاج كبديل لتغطية رسوم التدريب أو بتشجيع أصحاب المهن من خلال تزويدهم ببعض الأدوات أو المواد الخام خلال فترة قبولهم للمتدربين المعوقين.

ثالثا: التشغيل التدريبي

وهي مرحلة لاحقة للتدريب المهني المهاري الذي يقدمه مركز التدريب المهني العادي أو الخاص، حيث يهدف هذا النمط من التشغيل إلى تطوير مهارات الشخص المعوق في مجالات الإدارة والتدرب على مهارات تسيير المشروعات الفردية، أو التكيف مع ظروف ومتطلبات العمل في السوق المفتوح.

رابعا: توفير التسهيلات المالية والقروض لمشروعات توليد الدخل

يعتبر تمويل استحداث مشروعات توليد الدخل أحد أهم المشكلات التي تعترض تشغيل الأشخاص المعوقين، ما يستدعي تطوير آلية للحصول على تسهيلات القروض والتمويل من خلال مؤسسة تمويلية متخصصة للإقراض في إطار حكومي، أو من خلال المنظمات الأهلية العاملة في ميدان التأهيل والتشغيل المهني للأشخاص المعوقين.

خامسا: التهيئة المهنية

من المهم تطوير برامج التهيئة المهنية في المدارس العادية أو الخاصة، وتزويد الأشخاص المعوقين بالمعلومات الخاصة بالمجالات المهنية المختلفة.

3- 5- 4 القطاع الاجتماعي

على رغم أهمية التكامل القطاعي في توفير خدمات التأهيل للأشخاص المعوقين بمنظور شمولي، إلا أن هناك بعض المهام المرتبطة حصرا بالقطاع الاجتماعي، نذكر منها:

- تحسين الاتجاهات الاجتماعية نحو تقبل الأشخاص المعوقين وتأكيد حقوقهم.
- التوعية الاجتماعية للوقاية من الإعاقة بالتنسيق مع الخدمات الصحية.
- تحسين الوعي لدى الأشخاص المعوقين أنفسهم نحو حقوقهم ومسؤولياتهم وإمكانياتهم بما يشجع إدماجهم وتحقيق استقلالهم في المجتمع.
- تشجيع مشاركة الأشخاص المعوقين ومنظماتهم في بلورة مقترحات حول السياسات والتشريعات العامة والخاصة بالأشخاص المعوقين.
- المساهمة في إنشاء ودعم منظمات الأشخاص المعوقين.
- تعزيز التنسيق بين المنظمات والجمعيات العاملة في مجال التأهيل.
- المساهمة في تمويل شراء الأدوات والأجهزة الخاصة بالأشخاص المعوقين.
- المساهمة في إنشاء الآليات المناسبة لتمويل البرامج الخاصة بالمعوقين.
- تطوير مشروعات التكامل القطاعي لخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين.

3- 5- 5 القطاع الأهلي

3- 5- 5- 1 منظمات الأشخاص المعوقين

تؤكد التوجهات الحديثة في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين على أهمية مشاركة الأشخاص المعوقين في عملية اتخاذ القرار في المسائل التي تخصهم، وفي هذا السياق، فقد شهدت سنوات العقدين الماضيين نشاطا واسعا في إنشاء المنظمات المحلية والإقليمية والدولية التي تعنى بحقوق المعوقين وخدماتهم. وعلى رغم أهمية تأثير هذه المنظمات في توجيه ومتابعة النشاطات والسياسات المحلية والدولية في ميدان تأهيل المعوقين، إلا أنها لم تتمكن من تحقيق الأهداف المرتبطة بهدف إنشائها بشكل فعال، ويعود ذلك في مجمله للعديد من الأسباب، نذكر منها :

- هيمنة بعض القيادات التي تفتقد مهارات الإدارة والتسيير لمنظمات المعوقين.
- حداثة إنشائها وافتقارها إلى الخبرات المؤهلة لممارسة دورها المطلوب.
- ضعف برامج التوعية والتدريب للأشخاص المعوقين وقياداتهم حول الأهداف والمجالات المرتبطة بإنشاء منظمات الأشخاص المعوقين.
- الغموض الذي يحيط بدور منظمات الأشخاص المعوقين، وجنوحها نحو إنشاء البرامج وتقديم الخدمات على حساب دورها في مجالات التنظيم والتنسيق والمتابعة وتأكيد الحقوق العامة والخاصة لأعضائها.

- غالبا ما يكون التمثيل لهذه المنظمات محددا بالمستويات الوطنية وغياب التمثيل على المستوى المحلي، وهو ما يفقدها كثيرا من فعاليتها.
- ضعف مستوى تمثيل الأشخاص المعوقين في تشكيل المنظمات، ما يفقدها المصداقية في التعبير عن أولويات الحاجات في التخطيط والتنفيذ.

يشير عرض الواقع إلى أن غالبية منظمات الأشخاص المعوقين هي حديثة التشكيل، وهي بالتالي تفتقد إلى الخبرات التطبيقية، وهنا فقد تكون مسؤولية تطويرها وتفعيلها على عاتق الدولة والمجتمع والأشخاص المعوقين أنفسهم وأسرهم. فما من شك أن هذه المنظمات يمكن أن تلعب دورا مهما في تثقيف الأشخاص المعوقين وتوعيتهم بحقوقهم ومسؤولياتهم وإمكانيات الاستقلال الحياتي والمهني لديهم، بالإضافة إلى ما يمكن أن تقدمه من دعم لتنشيط الدراسات والبحوث حول واقع الأشخاص المعوقين وأهمية خدماتهم، والمساهمة في تقديم مقترحات التحسين والتطوير في إطار مشاركتها في البرامج والنشاطات والخطط الوطنية.

من المفيد أن تقوم العلاقة بين منظمات المعوقين والدولة على أسس من التكامل والتعاون، وفي إطار واضح ومتفق عليه حول الالتزامات والمسؤوليات، لما يفيد تحسين الواقع وتطوير الخدمات، وتشير خبرات التطبيق إلى أن استمرار النهج التقليدي في هيمنة الحكومة على عملية اتخاذ القرارات، يشكل العائق الأكبر أمام تمكين هذه المنظمات من تحقيق أهداف إنشائها وتفعيل دورها في تغيير اتجاهات الأشخاص

المعوقين وأسرهم ومجتمعاتهم نحو أدوار المشاركة في تطوير الخدمات وتحسين الواقع.

3- 5- 5- 2 جمعيات أهالي الأشخاص المعوقين

تلعب جمعيات أهالي الأشخاص المعوقين دورا حاسما في تطوير خدمات التأهيل لأبنائها من المعوقين، ويشير العرض التاريخي لخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين إلى أن الكثير من التجارب الناجحة كانت تقوم على مبادرات فردية من الأهالي، وذلك من واقع معاناتهم ومعايشتهم لمشكلات الإعاقة، حيث يمكنهم أن يساهموا بمجوداتهم وخبراتهم في تحسين واقع الإعاقة في المجتمع، كما يمكنهم المساهمة في إيجاد الحلول للمشكلات وتحديد الاحتياجات وتعديل الظروف وتطوير الإجراءات وبلورة السياسات العامة.

3- 5- 5- 3 الجمعيات التطوعية غير الحكومية (NGOs)

يشير العرض التاريخي للعمل مع المعوقين إلى الدور الهام للجمعيات الأهلية في توجيه الانتباه واستحداث خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين، فهي قادرة على تحديد المشكلة وأولويات المواجهة، وتستطيع بخبرتها أن تبلور الأساليب المناسبة لظروف المجتمع وإمكانياته، وأن تستقطب الجهود المحلية التطوعية في مواجهة المشكلات ذات العلاقة المباشرة بحياة المجتمع. وحتى تتمكن هذه الجمعيات الأهلية من أداء دورها، فإنها تصبح هدفا للدعم الحكومي في إطار سياسة حكومية، وتحديدا في المجالات التالية:

- تطوير القدرات البشرية في مجالات التنمية الإدارية وتنظيم المجتمعات.
- الدعم المالي الحكومي لنشاطات الجمعيات الأهلية.
- بلورة التشريعات التي تدعم وتسهل إجراءات إنشاء الجمعيات التطوعية.
- دعم إنشاء الجمعيات الأهلية واعتماد مشاركتها في تدعيم الدور الرسمي.
- إشراك الجمعيات الأهلية في بلورة السياسات والتشريعات والخطط الحكومية.
- تطوير التعاون بين الجمعيات الأهلية مع مصادر الدعم الفني والمادي المحلية والدولية.
- إنشاء مشروعات تحسين مصادر تمويل نشاطات الجمعيات الأهلية.

ما من شك في أن منظمات المعوقين والأهالي والجمعيات الأهلية يمكنها أن تلعب أدوارا هامة نحو تطوير الخدمات وتحسين الواقع للأشخاص المعوقين في المجتمع، إلا أن المهم أن لا تعتبر هذه الأدوار بديلا للمسؤولية الرسمية نحو الأشخاص المعوقين وخدماتهم، بل تبقى رافدا هاما لدعم المسؤولية الحكومية في هذا الميدان.

3- 5- 5- 4 منظمات العمال وأصحاب العمل

في إطار التوجهات العالمية نحو تحقيق الدمج المهني للأشخاص المعوقين، فقد تبنت منظمة العمل الدولية مجموعة من الموجهات التي

تساهم في تدعيم دور منظمات أصحاب العمل والعمال في تنمية خدمات التأهيل المهني للأشخاص المعوقين. إذ تشير المادة السادسة من التوصية 168 لسنة 1983، الصادرة عن مؤتمر العمل الدولي، بشأن التأهيل المهني والعمالة(المعوقون) إلى:

- تبني سياسة واضحة نحو توفير فرص التدريب المتكافئ للأشخاص المعوقين على قدم المساواة مع غيرهم من العمال غير المعوقين.
- العمل بالتعاون الوثيق مع الأشخاص المعوقين ومنظماتهم على بلورة سياسات موجهة لتطوير إجراءات التدريب المهني والبحوث واقتراح التشريعات الهادفة إلى تحسين إمكانيات التدريب المهني والتشغيل للأشخاص المعوقين.
- إشراك نقابات العمال ومنظمات أصحاب العمل في مجالس الإدارة لمراكز التأهيل المهني الخاص بالأشخاص المعوقين، لما يمكن أن يساهم في توجيه البرامج والسياسات التدريبية لملائمة الواقع الاقتصادي وحاجات سوق العمل.

رابعا: التوجهات الحديثة والتأهيل المبني على المجتمع المحلي(CBR)

يقدم بيان موقف مشترك لمنظمات الأمم المتحدة المتخصصة، سنة 1994حول التأهيل في المجتمع المحلي، تعريفا شاملا للمفهوم بأنه "إستراتيجية تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من إعاقة ما، وينفذ من خلال الجهود المتضافرة للمعوقين أنفسهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم المحلية وللمرافق الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعية المعنية".

يقود التحليل المتعمق للتعريف السابق إلى أن مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي يقوم على مبدأ مشاركة القطاعات التنموية المختلفة في مواجهة الحاجات التاهيلية للأشخاص المعوقين، وبطريقة تتيح للشخص المعوق والأسرة والمجتمع إمكانية المساهمة في تقرير وتنفيذ وتطوير النشاطات الهادفة إلى تحقيق الدمج الفعال للشخص المعوق في الحياة العامة للمجتمع الذي يعيش فيه.

في محاولة منهجية للربط بين مفهوم التأهيل المجتمعي والتوجهات الحديثة السابقة الذكر، نجد أن منهجية التأهيل المجتمعي تمثل الإطار العملي التطبيقي لمختلف الأفكار المتضمنة في عناصر التوجهات الحديثة. فالمنهجية المجتمعية في هذا السياق هي انعكاس تطبيقي لكل ما يمكن أن يدعم حركة التنمية الشاملة للمجتمعات وخدمات الأشخاص المعوقين في هذا الإطار التنموي للمجتمع، والتأهيل المجتمعي هنا، ليس مجرد تقديم الخدمات، بل يمثل أسلوبا فكريا في تعزيز مفاهيم

المشاركة والمساواة والعدالة والكرامة وتأكيد حقوق المواطنة في مجتمع لا بد وأن يكون للجميع.

يقوم التأهيل المجتمعي على مبدأ مشاركة المجتمع بجميع مكوناته في التخطيط والتسيير والتقييم لنشاطات البرامج الموجهة لحاجات الأشخاص المعوقين، تأكيدا لملكية المجتمع للبرنامج، ويكون ذلك بالإشراك الفعلي للأشخاص وممثليهم وأسرهم في كل مرحلة من مراحل بناء وتطوير النشاطات واستثمار وتنظيم المصادر المحلية البشرية والمادية، كشرط أساسي لاستمرار البرنامج في تحقيق أهدافه في مواجهة حاجات التأهيل الشامل.

تقوم لجنة محلية ممثلة للمجتمع، على إدارة وتسيير برنامج التأهيل المجتمعي المحلي، وتتركز مسؤوليتها في الإعداد والتخطيط والتنفيذ والتقييم للبرنامج المحلي، والعمل على استثمار الإمكانيات والمصادر المحلية في مواجهة حاجات تأهيل الأشخاص المعوقين في المجتمع، وبناء جسور التعاون مع مصادر التمويل الخارجي المتخصص لمواجهة الحاجات التاهيلية التي تتعدى الإمكانيات المحلية، البشرية والفنية والمادية، كالمدارس الخاصة ومراكز العلاج الطبي وغيرها.

من المهم التأكيد هنا أن تنظيم اللجان بمستوياتها المختلفة سوف يعزز مفهوم التعاون ويعزز منظور المشاركة القطاعية ويشجع التفاعل المجتمعي في مواجهة حاجات تأهيل الأشخاص المعوقين، وذلك اعتمادا على إستراتيجية تقوم على المرونة والملاءمة وتكييف النشاطات للمواصفات المحلية.

إن المهمة الأساسية لبناء البرنامج الوطني لتأهيل المعوقين، يكون في تنظيم المداخلات والإجراءات القطاعية ذات العلاقة بخدمات تأهيل المعوقين، بتشكيل اطر لتنسيق الجهود والمداخلات على المستويات المحلية والوسيطية (المحافظة أو المنطقة) والوطنية كافة، حيث يتم تشكيل اللجنة على المستوى الوطني، برئاسة رئيس الوزراء، بينما يرأس المحافظ هذه اللجنة على المستوى الوسيطي (المحافظة)، أما على المستوى المحلي، فيتم تشكيل اللجنة برئاسة أحد الوجوه الشعبية أو الرسمية المتواجدة في المجتمع.

وهكذا وإيمانا بأن الفروق الإنسانية أمر طبيعي، وبأن سياسات ومنهجيات التأهيل التقليدي التي تقوم على العزل والإبعاد، قد فشلت في تحقيق هدف الكرامة الإنسانية وتأكيد الحقوق، تأتي منهجية التكامل القطاعي لتمثل البديل الفعال في تحقيق أهداف التكامل والدمج، وفي إطار الإمكانيات والموارد المتاحة، وفي ظروف تؤكد على مبادئ العدالة والحقوق الإنسانية المتكافئة للمواطنين كافة بمن فيهم الأفراد المعوقين.

تؤكد التوجهات الحديثة في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين على أن الشخص المعوق إنسان ومواطن له من الحاجات والحقوق، ما يضعه على قدم المساواة مع غيره من المواطنين، ويتركز الاختلاف حول المنهجية والأساليب المستخدمه في مواجهة هذه الحاجات، وذلك اعتمادا على خصوصية القدرة المرتبطة بالإعاقة دون المساس بحقوقه ومسؤولياته كمواطن في المجتمع.

لكل ما سبق، من المؤمل أن تقدم هذه المنهجية المقترحة البديل التطبيقي الناجح، بما يساهم في إعادة بناء الاتجاهات نحو الحقوق المتكافئة لجميع المواطنين، بمن فيهم الأشخاص المعوقون وبما يفيد إعادة هيكلة وتنظيم البنى القطاعية للخدمات التنموية، وتوجيهها نحو إطار تنسيقي متكامل يتعامل مع حاجات الإنسان المعوق من منظور شمولي.

الفصل الخامس

مصادر وإجراءات تمويل برنامج التأهيل المجتمعي

الفصل الخامس

مصادر وإجراءات تمويل برنامج التأهيل المجتمعي

1- تقديم

شهد عقد الثمانينيات الماضي تغيرا حاسما في مجال تأهيل الأشخاص المعوقين، وتمثل هذا التغير في الابتعاد عن نموذج تقديم خدمات التأهيل التقليدي من القمة إلى القاعدة، والتوجه نحو التأهيل المجتمعي الذي يقوم على مبدأ مشاركة الأشخاص المعوقين وأسرهم ومجتمعاتهم في تخطيط وتنفيذ وتقييم خدمات التأهيل في المجتمعات المحلية، وفي إطار يتوجه نحو الدمج والعادية والتكامل وتأكيد الحقوق العامة والخاصة للمعوقين في مجتمعاته.

لقد أغرى هذا النموذج المستحدث وبشكل خاطئ، أولئك المخططين الحكوميين التقليديين والقائمين على تنظيم الميزانيات الحكومية، باعتبار منهجية التأهيل المجتمعي وكأنها دعوة إلى إعفاء الدولة من مسؤولياتها والتزاماتها المادية نحو إنشاء وإدارة وتسيير مؤسسات تأهيل الأشخاص المعوقين، وتحويل هذه المسؤولية إلى المجتمع المحلي. وبناءا عليه فقد شهدت هذه الفترة إغلاق المئات من مؤسسات التأهيل في الدول الصناعية دون اتخاذ التدابير اللازمة المادية والفنية لمواجهة حاجات تأهيل المعوقين في مجتمعاتهم.

على رغم التطور الهائل الذي شهدته المرحلة السابقة في مجال تطبيق منهجية التأهيل المجتمعي، فما يزال موضوع تمويل خدمات

التأهيل في المجتمع المحلي المشكلة الأهم التي تواجه المخططين والعاملين في هذا الميدان، لما يمثله التمويل من أهمية في تحديد معالم التخطيط وتنفيذ النشاطات وتأكيد الاستمرارية للبرنامج على المدى البعيد.

2- المجالات المستهدفة للتمويل في البرنامج المجتمعي

تنص الفقرة الأولى من برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين على أن: "الهدف من البرنامج العالمي المتعلق بالمعوقين هو تعزيز التدابير الفعالة للوقاية من العجز، وإعادة التأهيل، وتحقيق هدفي المشاركة الكاملة والمساواة في الحياة الاجتماعية والتنمية، وهذا يعني إتاحة فرص متكافئة مع الفرص التي تتاح لجميع السكان، ونصيب مماثل من تحسن الأحوال المعيشية الناتجة عن التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وينبغي أن تطبق هذه المبادئ بذات المدى وبنفس القدر من السرعة على جميع البلدان بصرف النظر عن مستواها الإنمائي"

قبل مناقشة مصادر وإجراءات وأنماط التمويل في برنامج التأهيل في المجتمع المحلي، يجب تأكيد أن البرنامج يتوجه نحو الشمولية في مواجهة احتياجات المجتمع والأشخاص المعوقين في ميدان تأهيل الإعاقة. وترتبط هذه الاحتياجات بالعديد من النشاطات التي يمكن أن تكون هدفا ومجالا للتمويل من المصادر المحلية أو الخارجية، وهي نشاطات تتعلق بأهداف الوقاية والتأهيل والمساواة والدمج.

على رغم صعوبة تحديد قائمة تفصيلية بالنشاطات المستهدفة للتمويل في البرنامج المجتمعي، لأسباب ترتبط بالمنهجية الشمولية

للبرنامج المجتمعي في التعامل مع مشكلات الإعاقة لدى الأشخاص المعوقين ومشكلات المجتمع في مواجهة مسؤولياته نحو الإعاقة، إلا أن هناك نوعا من الاتفاق بين المخططين والعاملين الميدانيين على أن تأهيل الأشخاص المعوقين يشمل العديد من النشاطات المرتبطة ببرنامج التأهيل التقليدي، التي يمكن أن تكون هدفا للتمويل، منها:

- الاكتشاف والتشخيص المبكر للاعتلال والعجز.
- الرعاية الطبية والمداخلات العلاجية.
- التربية الخاصة.
- الإرشاد النفسي والاجتماعي.
- التدريب على أنشطة الرعاية الذاتية.
- توفير المعينات والأدوات المساعدة.
- التأهيل المهني والمتابعة.

إضافة الى النشاطات المبينة اعلاه، هناك العديد من المجالات المستهدفة للتمويل والمرتبطة بطبيعة أهداف البرنامج المجتمعي، ويبين الاطار (12) نماذج من هذه النشاطات.

الإطار (12)

النشاطات المستهدفة للتمويل في البرنامج المجتمعي

- التوعية والإعلام وتحسين الاتجاهات الاجتماعية.
- تدريب العاملين والمتطوعين المحليين.
- أجور المواصلات للعاملين والمعوقين وأسرهم.
- تكاليف تعديل البيئة الجغرافية لتسهيل حركة المعوقين في البيت والمجتمع.
- الحوافز المادية والمنح للمتطوعين المحليين.
- رواتب المنسقين وعاملي التأهيل المجتمعي.
- المصروفات الإدارية واليومية للبرنامج.
- القرطاسية والمواد الكتابية.
- إصلاحات الأبنية القائمة أو إنشاء المباني اللازمة للبرنامج.
- تكاليف الدراسات المسحية لاكتشاف الإعاقات وتشخيصها وتحديد الحاجات.
- شراء الأجهزة والأدوات والمواد الإدارية.
- شراء وسائط النقل اللازمة للبرنامج بما فيها نقل المعوقين وتنفيذ النشاطات.
- مستلزمات تأثيث المركز الاجتماعي حسب الحاجة.
- تكاليف العلاج المتخصص وإجراءات التدخل الطبي الأخرى.
- الدعم النقدي أو شراء المواد لمساعدة أسر المعوقين الفقيرة في تحسين حياتها.
- شراء الأدوات المساعدة والمعينات التاهيلية للمعوقين.

- تغطية الرسوم والتكاليف الدراسية للمعوقين في المدارس العادية أو الخاصة.
- تغطية تكاليف التدريب المهني النظامي وغير النظامي للمعوقين.
- تكاليف الإحالة للتخصصية حسب الحاجة.
- تغطية تكاليف المتخصصين والزائرين الفنيين لأغراض التدريب أو التدعيم.
- إنشاء برامج التهيئة والتدريب المهني في المجتمع بما تشمله من مواد وعدد.
- إنشاء المشروعات الفردية لتوليد الدخل للمعوقين وأسرهم.
- إنشاء التعاونيات والبرامج الإنتاجية للمعوقين في المجتمع.
- تكاليف استحداث الورش المحمية الإنتاجية بما تشمله من أدوات ومواد خام.
- تنظيم الندوات والورش التدريبية والمناسبات والنشاطات المفتوحة.

3- مشكلات التمويل في برامج التأهيل في المجتمع المحلي

يقوم برنامج التأهيل المجتمعي على توجه ايجابي نحو دعم نشاطات البرنامج من مختلف المصادر المحلية والخارجية، ورغم صدق النوايا والتوجهات الايجابية للمجتمعات المحلية لدعم البرنامج في بداياته، إلا أن خبرات التطبيق تشير إلى فشل الكثير من البرامج في العديد من التجارب العالمية، لأسباب ترتبط بمشكلات التمويل، وهو ما ينعكس سلبا على صدق المفهوم المجتمعي، ويعمق الإحباط لدى الأشخاص المعوقين وأسرهم ومجتمعاتهم، إضافة إلى الانعكاس السلبي الذي يمثله هذا الفشل على توجهات مؤسسات الدعم المحلي والخارجي نحو ميدان تنمية المجتمعات المحلية عموما وتأهيل الأشخاص المعوقين بشكل خاص. ومن المشكلات والعقبات التي تؤثر في تمويل البرنامج المجتمعي:

3- 1 شروط الممولين في استخدام الموارد

يرتبط تمويل البرنامج المجتمعي في كثير من الأحيان بشروط الممول المحلي أو الخارجي في توجيه التمويل لمجالات أو لنشاطات معينة، وغالبا ما تسبب مثل هذه الشروط نوعا من الإرباك في تنفيذ أولويات البرنامج، إضافة إلى تأثيرها في إضعاف دور المجتمع في عملية اتخاذ القرار تحت ضغط الحاجة لمصادر التمويل من خارج المجتمع.

3- 2 غياب السياسات الحكومية الواضحة

تعبر السياسة الحكومية الواضحة في تبني استراتيجية التأهيل في المجتمع المحلي عن الالتزام الحكومي بدعم البرامج التنموية في مجال تأهيل المعوقين. ويتأكد هذا الالتزام من خلال المخصصات المالية في بنود

الميزانية العامة للدولة، إلا أن الواقع يشير الى أن العديد من دول العالم ما تزال تنظر إلى تطبيقات التأهيل المجتمعي، باعتبارها مسؤولية للمجتمع ولبرامج الدعم الخيري الأهلي، وبهذا يفقد التطبيق أحد أهم مصادر تمويله الدائمة، وهي الحكومة، حيث تدل الممارسات القائمة على أن غاية ما تقدمه الدولة، يكون في تشجيع المبادرات المحلية وإعطائها صفة الشرعية لتحفيز المجتمع المحلي على رعاية أعضائه من المعوقين، أو من خلال توجيه نشاطات منظمات الدعم الخارجي الى مثل هذه البرامج المجتمعية.

3-3 الفهم الخاطئ لمنهجية التأهيل المجتمعي

تقوم منهجية التأهيل المجتمعي على فلسفة مفادها: أن دمج المعوقين في البنية الأساسية للخدمات التنموية القائمة في المجتمع، لها الأفضلية على انشاء واستحداث المؤسسات المتخصصة باهظة التكاليف، من منطلق عدم قدرتها على توفير الخدمات التأهيلية التي يحتاجها الشخص المعوق، وعدم قدرتها على استيعاب جميع الباحثين عن خدمات التأهيل، ناهيك عن منظور العزل والابعاد الذي يقوم عليه نظام تسييرها.

لقد حظيت المنهجية المجتمعية في بداياتها، بترحيب واضح من واضعي الميزانيات الحكومية، انطلاقا من فهم خاطئ في تفسير المفهوم على أنه دعوة لإغلاق مؤسسات التأهيل التي تسيرها الدولة وإعفاءها بالتالي من المصاريف الباهظة التي تتحملها الميزانية الحكومية في انشاء وتسيير المؤسسات الخاصة، لتصبح مسؤولية المجتمعات المحلية في العناية

بحاجات أفرادها من المعوقين. وفي إهمال مقصود لمضامين المفهوم في مطالبة الدولة بتعزيز الميزانيات المخصصة لخدمات الاشخاص المعوقين، وإعادة توزيعها على أسس من العدالة لإفادة العدد الأكبر من اولئك المحتاجين لخدمات التأهيل في المناطق الريفية والنائية، وإعادة استثمار الميزانيات المخصصة للتأهيل المؤسسي لصالح التاهيل المجتمعي. لقد خدم مثل هذا التفسير الخاطىء للمفهوم في بداياته هدف التخفيضات الحكومية، وعليه، فقد شهد عقد السبعينيات من القرن الماضي إغلاق العديد من مؤسسات التأهيل في الدول الصناعية، وتراجعت حركة الاهتمام بقضايا المعوقين لدرجة خطيرة.

يتطلب التطبيق الفعال للمنهجية توفير الموارد اللازمة لتعديل وتطوير وتوسيع الخدمات القائمة لاستيعاب حاجات الأشخاص المعوقين، ودمجها في الإطار العام للبرامج التنموية في المجتمع، وتحفيز المبادرات المحلية والشعبية والدولية في توفير الموارد المالية اللازمة لتطوير البرامج والتكامل مع الدور الحكومي في توفير الموارد وتنظيم مستويات الإحالة الحكومية والاهلية، بما يمكن البرنامج من إعادة ترتيب أولوياته في استثمار موارده المحدودة في مجالات ونشاطات اخرى.

3- 4 تدني الخبرة والكفاءة لدى المجتمع المحلي

يحتاج البرنامج المجتمعي إلى قيادة محلية تملك الخبرة والمعرفة في إدارة وتسيير النشاطات المفتوحة، إذ لا يكفي أن تكون القيادة من أولئك الذين يحظون باحترام وثقة المجتمع المحلي. فبالإضافة إلى قدرتهم على استقطاب الدعم والتمويل من المجتمع المحلي، ينبغي أن يملكوا

الحد الأدنى من المعرفة في التخطيط وإدارة وتنظيم واستثمار الموارد المتاحة للبرنامج وإعداد مقترحات المشروعات المستهدفة للتمويل من المصادر المختلفة، بالإضافة إلى معرفتهم بمصادر التمويل وبناء شبكة من العلاقات والتواصل مع جهات الدعم والتمويل في الداخل والخارج، وهنا فقد يكون من المهم توفير التدريب المناسب لأعضاء اللجنة المحلية ومنسق ومشرف البرنامج حول أساليب التمويل وتنظيم الموارد وإعداد المشروعات.

3- 5 ضعف الموارد المحلية

تقوم منهجية التأهيل المجتمعي على أنها إطار لمواجهة مشكلات تأهيل الإعاقة في الدول الصناعية والنامية على حد سواء، إلا أنه ولظروف ترتبط بتدني الموارد وضعف الامكانيات التي تعيشها معظم الدول النامية والفقيرة، تصبح المنهجية أسلوبا أكثر ملاءمة للظروف التي تعيشها هذه الدول في مواجهة مشكلات الاعاقة لديها، خصوصا في المناطق الريفية من الدول النامية التي تحتضن الغالبية العظمى من الأشخاص المعوقين. وهنا، يصبح تمويل البرنامج المجتمعي من مصادره المحلية عبئا يفوق إمكانات المجتمع المحلي.

تشير تجارب التطبيق في العديد من البلدان إلى انه غالبا ما يشهد البرنامج في بدايات استحداثه حماسا من المجتمع المحلي لتمويل نشاطاته الأساسية، إلا أن هذا الدعم المادي يبقى محدودا في فترته وقيمته ضمن الإمكانات المتوفرة، وهو ما يمكن أن يهدد استمرارية البرنامج، إذا لم يضمن توفير التمويل الخارجي اللازم لتدعيم الموارد المحلية المحدودة.

3- 6 الافتقار إلى تشريعات الحماية الاجتماعية

يتم تمويل تكاليف الخدمات التأهيلية في العديد من الدول الغنية من خلال مظلة تشريعات الحماية الاجتماعية السائد في هذه البلدان، وهو ما يتيح للمعوق والبرنامج المجتمعي أن يسترد معظم التكاليف المرتبطة بتأهيل المعوقين من خلال هذا النظام. وبما أن معظم الدول النامية تفتقر لمثل هذه التشريعات، يصبح تمويل الخدمات التأهيلية عبئا على المعوق وأسرته ومجتمعه، ويحد بالتالي من إمكانات الحصول على التمويل اللازم للبرنامج المجتمعي من أحد أهم مصادره، وهذا ما يستدعي تبني تشريعات تضمن حصول المعوق على تمويل خدماته التأهيلية من برامج التأمينات الاجتماعية أو الضمان الاجتماعي الحكومي.

3- 7 الافتقار إلى آليات التمويل المتخصصة

بعرض النموذج السابق للنشاطات المشمولة في البرنامج المجتمعي، نجد العديد من البرامج المرتبطة بالتشغيل والتدريب والتعليم وتعديل البيئة، وهي نشاطات تحتاج إلى آليات مرجعية على المستوى الوطني لتمويلها، كصندوق التنمية وصندوق التشغيل وصندوق التأهيل وغيرها من الآليات المركزية التي تشكل رديفا للالتزام الحكومي إن وجد، في تمويل مختلف النشاطات الخاصة بتأهيل المعوقين على كافة المستويات وبمختلف الأساليب.

3- 8 ضعف إجراءات الرقابة والمتابعة

تعتمد معظم البرامج المجتمعية في تمويلها على الدعم الذي تتلقاه من المجتمع المحلي وبعض الدعم الطارئ أو الدائم من جهات الدعم

الحكومي أو الخارجي. وغالبا ما تفتقد البرامج المجتمعية إلى الأنظمة المحاسبية السليمة لبنود الإنفاق والموارد. وفي غياب أنظمة المراقبة والمتابعة، فمن الممكن أن تحدث حالات تتعلق بالفساد المالي وسوء استخدام الموارد من بعض اللجان أو المجموعات المحلية دون أن تتعرض للمساءلة الحكومية، على قاعدة مفادها أن الموارد لا تدخل في إطار المسؤولية الرقابية للدولة، بل مسؤولية المجتمع المحلي والممولين. وهنا يحدث أن يتعرض البرنامج لهزات عنيفة، قد تفقده مصادر تمويله من جهات الدعم المختلفة لانعدام الثقة بالقائمين على تسييره.

3- 9 غياب المنظور التنموي في استثمار الموارد

يقوم تسيير معظم البرامج المجتمعية على نظرية تفترض توفير الموارد اللازمة للبرنامج بشكل دائم، سواء من مصادره المحلية أو الخارجية، وبحيث تصبح بنود الإنفاق في كثير من الأحيان تتعدى الموارد المتاحة أو المتوقعة. وتدل خبرات التطبيق على أن بعض اللجان المحلية قد واجهت مواقف صعبة من خلال التزاماتها بتحمل أعباء الديون بشكل شخصي، للوفاء بالتزامات البرنامج في تنفيذ نشاطاته المخططة. ومن المهم هنا أن يقوم التخطيط على الواقعية وان يتم اقتطاع نسبة معينة من الموارد لتوجيهها نحو المشروعات أو البرامج الاستثمارية التي يمكن أن تشكل موردا مستقبليا يوفر للبرنامج جزءا من حاجته إلى التمويل.

4- انماط تمويل برامج التأهيل المجتمعي

4- 1 التمويل المحدد بالأهداف العامة

يرتبط هذا النمط من التمويل بأهداف معينة ومحددة في بناء البرنامج المجتمعي، مثل تمويل بناء القدرة المؤسسية أو تنمية الموارد البشرية أو إنشاء مركز مجتمعي أو تطوير مشروعات توليد الدخل للمعوقين وأسرهم، وغير ذلك من الأهداف الأساسية للبرنامج المجتمعي. وغالبا ما يشيع هذا النمط في برامج المساعدات الفنية التي تقدمها منظمات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الإقليمية ومؤسسات التمويل المحلية الكبرى، ويتم التمويل عادة من خلال اتفاقية مع السلطات المركزية تحدد الأهداف وقيمة وفترة التمويل وشروطه وإجراءات المتابعة والتقييم الدوري والنهائي للإنجازات، وغالبا ما يرتبط هذا النمط بالتزام الدولة بمتابعة التطوير في المجال المعين بعد انتهاء التزام التمويل.

4- 2 التمويل المحدد بنشاطات معينة

يتعلق هذا النمط بتمويل نشاطات محددة ومنتقاة من نشاطات البرنامج، اعتمادا على اختيار الممول أو بالتنسيق مع إدارة البرنامج حول أولويات التخطيط أو الحاجة، ويتم تنظيم هذا النمط في الأغلب من خلال اتفاقية موقعة بين الممول وإدارة البرنامج المحلي لتحديد نوع النشاط وقيمة التمويل وأسلوبه ومدته وإجراءات التنفيذ والمتابعة. ومن النشاطات الشائعة المستهدفة لمثل هذا النمط: تغطية مواصلات المعوقين أو تمويل شراء واسطة لنقلهم إلى مراكز التحويل، أو لتعديل البيئة أو شراء الأدوات

المساعدة للمعوقين أو تقديم المساعدات العينية أو شراء أدوات تشغيل المعوقين أو تمويل برنامج لتدريب العاملين، وغيرها.

4- 3 التمويل المحدد بفئات معينة

يستهدف تمويل البرنامج المجتمعي أحيانا فئات بعينها بحيث يخصص التمويل للنشاطات الموجهة لهذه الفئات. وكثيرا ما يكون هذا التمويل انعكاسا لأهداف المؤسسة الممولة أو تعبيرا عن الاهتمام الشخصي للممول بالفئات المستهدفة. من الأمثلة الشائعة في مثل هذا النمط أن يتحدد التمويل بتحسين فرص التشغيل للمرأة المعوقة أو أن يستهدف التمويل النشاط التعليمي للأطفال أو أن يتوجه نحو تطوير مكتبة ناطقة للمكفوفين أو لتطوير برنامج لغة الإشارة للصم وغير ذلك من النشاطات الموجهة نحو فئات من الإعاقة أو شرائح المجتمع.

4- 4 التمويل المحدد بقيمة معينة

يكون التركيز في هذا النمط على قيمة التمويل، وقد يكون مشروطا أو غير مشروط بهدف أو نشاط أو فئة معينة، وقد يكون طارئا لمرة واحدة أو دوريا أو سنويا أو دائما. إلا أن من الضروري أن يتم تزويد الممول ببعض الأفكار حول المجالات أو النشاطات التي سيتم فيها استثمار قيمة التمويل، بما يعزز الثقة ويساهم في إمكانية تكرار التمويل أو زيادته مستقبلا.

4- 5 التمويل المحدد بفترة زمنية

يقوم هذا النمط على مبدأ تمويل تكاليف البرنامج أو نسبة معينة منه أو نشاط معين من نشاطاته لفترة زمنية معينة، عبر اتفاقية تحدد الأهداف

والمسؤوليات والشروط وإجراءات التنفيذ والتقييم. ومن الأمثلة الشائعة في مثل هذا النمط: اتفاقيات التعاون الفني مع المنظمات الدولية التي تتحدد غالبا بفترة تمتد من سنة إلى ثلاث سنوات لتنفيذ أهداف معينة، تتركز غالبا حول بناء القدرات الفنية للبرنامج، بما يتضمنه ذلك من تطوير القدرات وتحسين الإجراءات التأهيلية وتنظيم إمكانات المجتمع المحلي وتطوير السياسات الحكومية.

4- 6 التمويل المفتوح

من الممكن توفر مثل هذا النمط في المصادر الحكومية، إلا أن هذا النمط لا يكون مؤكدا ومضمونا ومستمرا على المدى البعيد، إلا في المجتمع المحلي المتمكن والواعي لمسؤولياته نحو دعم برامجه التنموية في مختلف المجالات، والقادر على توفير الموارد، على ضآلتها، لاستثمارها في دعم نشاطات برنامجه المجتمعي. ولا يتضمن هذا النمط شروطا محددة، باعتبار أن المجتمع المحلي يملك قراره بنفسه ويتعايش مع برنامجه من خلال مشاركته اليومية في التسيير والتنفيذ، ويعمل على استثمار موارده مهما تضاءلت أو تزايدت في تطوير النشاطات الهادفة إلى تحقيق الدمج للمعوقين وخدماتهم في حياة المجتمع الذي يعيشون فيه معا.

5 - مصادر تمويل برنامج التأهيل في المجتمع المحلي

يعتبر تمويل البرنامج المجتمعي، أحد اهم العناصر التي تؤرق المخططين والعاملين الميدانيين والمجتمعات المحلية، ولا بد هنا أن يقوم تخطيط البرنامج على أرضية من الواقعية والموضوعية في تحليل الموارد والإمكانات المتاحة والمتوقعة في تنفيذ النشاطات حسب اهميتها واولوياتها، وبما يؤكد استمرارية البرنامج وتطوره. ويقوم الافتراض في بناء البرامج المجتمعية على إمكان تنفيذ العديد من نشاطات البرنامج بالجهود والموارد المحلية المجانية أو القليلة التكاليف، وهذا افتراض حقيقي، إلا أن هناك بعض النشاطات تفوق الإمكانات والجهود والخبرات والموارد المحلية، مما يجعلها هدفا للتمويل الخارجي.

هناك العديد من الأساليب والمصادر المستخدمة في توفير التمويل اللازم لبرنامج التأهيل في المجتمع المحلي، فمنها المصادر المنتظمة وغير المنتظمة ومنها التقليدية وغير التقليدية، والموجهة أو المفتوحة، والبسيطة والكبيرة، ومنها الطارئة والدائمة، وغير ذلك من أوجه التمويل التي تعتمد أساسا على المهارة والقدرة لدى القائمين على إدارة وتسيير البرنامج المحلي في الحصول على التمويل من مصادره المتعددة وبأساليبه المختلفة. إلا أن من المهم تجنب الأساليب والجهود الرامية إلى الحصول على التمويل على قاعدة تستهدف المعوقين كفئة تستحق الشفقة والإحسان.

وتاليا تلخيص لبعض الوسائل المستخدمة في توفير التمويل برامج التأهبل في المجتمع المحلي:

5- 1 التمويل المحلي

يعتمد البرنامج المحلي في بداياته الأولى على المساهمات المحلية، لتغطية تكاليف نشاطات الاستحداث، كالتوعية المحلية والدراسة المسحية للإعاقات في المجتمع، واستصلاح قاعدة محلية للبرنامج وإجراء بعض التعديلات البيئية، وغيرها من النشاطات التي تقع ضمن الإمكانات المحلية، البشرية والمادية. ويحدث غالبا أن تقوم مجموعة من الأشخاص المحليين الرياديين والمهتمين بتنمية المجتمع، بتنظيم جهودهم ومواردهم الذاتية بهدف التصدي لمشكلة الإعاقة، والبدء بنشاطات تستهدف تحسين الوعي الاجتماعي بمشكلة الاعاقة وتحديد حجمها وأبعادها والوسائل الكفيلة بالتخفيف من حدتها على المعوق وأسرته ومجتمعه، وغالبا ما تتوسع دائرة الاهتمام المحلي بهذه الجهود الريادية حيث يتم تنظيم جهود المجتمع وموارده لمواجهة المشكلة في إطار خطة يشارك المجتمع المحلي في بلورتها وتنفيذها من خلال موارده المحلية وجهود العاملين والمهتمين في المجتمع المحلي.

هناك العديد من مصادر التمويل من المجتمع المحلي، ويعتمد ذلك على مدى وعي القائمين على البرنامج وقدرتهم على تحليل مصادر القوة في المجتمع واستثمار الإمكانات المتوفرة، وبما لا يشكل عبئا على المجتمع. وقد تكون هذه المصادر متوفرة داخل المجتمع المحلي أو خارجه، إلا أنها تعتبر في المحصلة مصدرا ونتيجة للجهود المحلية للبرنامج من خلال دور اللجنة المحلية أو العاملين أو المتطوعين أو أصدقاء البرنامج من خارج المجتمع (الإطار 13).

الاطار (13) الموارد المحلية في تمويل البرنامج المجتمعي

- *التبرعات الفردية الطارئة مفتوحة الهدف.*
- *التبرعات الفردية المنظمة من خلال التزام شهري أو سنوي أو موسمي.*
- *التبرعات المنتظمة من الأفراد أو الجماعات والمحددة بهدف.*
- *المساهمة بالجهد في صناعة منتجات لبيعها لصالح البرنامج.*
- *تنظيم حملات التبرع الدورية في المجتمع.*
- *مساهمات أسرة المعوق بنسبة معينة من تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يقدمها البرنامج، حسب قدرتها الاقتصادية.*
- *تحديد التزامات مالية شهرية على أصحاب المصالح التجارية وسيارات الأجرة والمنشآت الصناعية العاملة في المجتمع.*
- *تبرعات المصلين في المساجد.*
- *إنشاء الصناديق المخصصة للتبرعات المحلية لصالح البرنامج وتوزيعها في الأماكن العامة والمؤسسات والمدارس والبنوك وغيرها.*
- *التنسيق مع بعض المؤسسات التجارية الكبيرة والبعثات الدبلوماسية لتخصيص مبالغ سنوية لصالح البرنامج المحلي.*
- *حصيلة البازارات المحلية لبيع المنتجات والتبرعات العينية لصالح البرنامج.*
- *حصيلة المناسبات والأيام المفتوحة لعرض النشاطات واستقطاب الدعم من جهات التمويل المحلية والأجنبية.*
- *عوائد استثمار أموال البرنامج من خلال مشاريعه الإنتاجية الخاصة أو مشروعات توليد الدخل أو بالمشاركة في المشروعات القائمة.*
- *نسبة معينة من أموال الزكاة أو وصايا الميراث أو الهبات في المجتمع.*
- *عوائد سداد القروض لمشروعات توليد الدخل للمعوقين.*
- *إصدار يانصيب محلي بموافقة الدولة، إما لمرة واحدة أو بشكل دوري.*
- *إنشاء مركز دائم لاستقبال التبرعات العينية والمادية أو لبيع منتجات البرنامج أو المواد المحصلة من المتبرعين.*
- *ريع إصدار المجلات أو الكتب الخاصة بالبرنامج وبيعها بأسعار رمزية.*
- *أية موارد أخرى يمكن التفكير بها من المجتمع المحلي.*

خلاصة القول أن أهمية مصادر التمويل المحلية لا ترتبط بقيمها المادية فحسب، بل بما تمثله من التزام المجتمع في توفير الموارد رغم ظروفه الصعبة لصالح البرنامج المحلي، فإضافة إلى أنها تعزز ثقة المجتمع بنفسه، وتوفر له الحرية الكاملة في عملية اتخاذ القرار، وتجنبه الشروط والضغوطات المرتبطة بالتمويل الخارجي، يقدم التمويل المحلي الدليل العملي للحكومة والممولين الخارجيين على التزام المجتمع بالبرنامج، وهو ما يعزز ثقة الممولين بالبرنامج ويساهم بالتالي في دعم نشاطاته على المدى البعيد.

5- 2 التمويل الحكومي

يتحدد نجاح منهجية التأهيل المجتمعي بمدى التزام الحكومة، بدعم المبادرات التنموية المحلية، وذلك باعتبارها رديفا أساسيا لدعم جهود الحكومة في مواجهة حاجات المواطنين، وهنا، وبعيدا عن الفهم الخاطئ لمنهجية التأهيل في المجتمع المحلي حول اعفاء الدولة أو تخفيف مسؤولياتها في توفير خدمات التأهيل للاشخاص المعوقين، وتحويلها كمسؤولية لمجتمعاتهم المحلية، فإن الفهم الواضح للمفهوم يؤكد أهمية التزام الدولة بتخصيص الموارد الكافية واللازمة لتدعيم الجهود المحلية المحدودة في مواجهة الحاجات التأهيلية للمعوقين، بهدف الوصول إلى العدد الأكبر من المعوقين في المدينة والريف، ومن خلال استراتيجية تقوم على مبدأ العدالة في توزيع الموارد الحكومية المخصصة في ميزانية الدولة، وهناك العديد من المصادر الحكومية كما هو موضح في الاطار(14).

تتعدى مساهمة الحكومة في دعم البرامج المجتمعية مجرد أسلوب التمويل المباشر الذي تتضمنه الميزانية الحكومية، فهناك العديد من طرق التمويل غير المباشر التي يمكن أن تتبناها الحكومة لدعم البرنامج المجتمعي، من خلال دورها في تطوير السياسات وتنظيم الأولويات وبلورة التشريعات وإصدار القوانين التي تساهم في توفير التمويل للبرنامج المجتمعي من مختلف المصادر المحلية والخارجية.

الإطار (14)

المصادر الحكومية في تمويل برامج التأهيل المجتمعي

- *المبالغ المرصودة في الميزانية العامة للدولة لخدمات التأهيل المجتمعي.*
- *نسبة معينة من الضرائب العامة لصالح المعوقين.*
- *الإعفاء الضريبي والجمركي لخدمات وأدوات وسيارات المعوقين.*
- *نسبة معينة من ريع اليانصيب الوطني للبرامج المجتمعية.*
- *نسبة معينة على مبيعات السجائر والتبغ والمشروبات الكحولية لصالح المعوقين.*
- *نسبة معينة من إيرادات شركات تأمين السيارات لصالح البرامج المحلية.*
- *نسبة من ميزانيات الدعم الاجتماعي في اطار برنامج التصحيح الاقتصادي.*
- *نسبة معينة من إيرادات صندوق الزكاة الوطني لبرامج التأهيل المجتمعي.*
- *نسبة من إيرادات نظام الكوتا في تشغيل المعوقين.*
- *نسبة من ميزانيات التنمية الريفية لبرامج التأهيل المجتمعي.*
- *تخفيض قيمة الضريبة على المتبرعين من أصحاب العمل والتجار الخاضعين للضريبة العامة بمقدار قيمة تبرعاتهم لبرامج التأهيل المجتمعي.*
- *المساهمة الدورية والطارئة في ميزانية الصندوق الوطني لتأهيل وتشغيل المعوقين.*
- *نسبة معينة من ميزانيات الصناديق الوطنية للتنمية.*
- *تغطية جزئية أو إعفاء البرامج المجتمعية من تكاليف خدمات التحويل التخصصي.*
- *أية موارد أخرى يمكن أن تراها الدولة في إطار القانون.*

5- 3 التمويل الخارجي

تحرص برامج التأهيل المجتمعي على الحصول على دعم مادي وفني لتطوير نشاطاتها من الوكالات والمؤسسات المحلية والأجنبية. وبالمقابل، تحرص هذه الوكالات أن تكون البرامج المستهدفة للدعم ذات أهداف تنموية ويعكس نجاح نشاطاتها صورة ايجابية أمام الممولين، وعادة ما تطلب معظم وكالات التمويل أن يتم تزويدها بمعلومات شاملة ومفصلة عن البرنامج وأهدافه واستراتيجياته والفئات المستهدفة لنشاطاته قبل اتخاذ القرار النهائي بالتمويل. من هنا، من المهم أن تمتلك إدارة البرنامج المجتمعي، المهارة والدراية والخبرة حول أساليب وتقنيات صياغة طلبات الدعم وأن تستعين بالخبرات المؤهلة لإعداد الطلبات أو التقارير التي يقوم عليها قرار التمويل.

يستند التمويل الخارجي على وجود الرغبة لدى الممول بدعم أهداف البرنامج المجتمعي، وعادة ما يحظى مثل هذا البرنامج باهتمام مؤسسات الدعم الخارجي لارتباطه المباشر بتنمية المجتمعات الريفية ومواجهة مشكلة الإعاقة في المناطق الفقيرة والمعزولة، وهما من أهم الموجهات الأساسية الحالية لبرامج التعاون والدعم الإقليمي والدولي.

هناك العديد من الوكالات الأجنبية التي يمكن أن تكون مصادر هامة وأساسية في تمويل برامج التأهيل في المجتمع المحلي، ومنها:

- منظمات الأمم المتحدة.
- المنظمات الإقليمية المتخصصة.

- البرامج الثنائية للمساعدة الإنمائية.
- المنظمات الدولية الحكومية.
- المنظمات الدولية غير الحكومية.

من المهم التأكيد هنا أن التمويل الخارجي عادة ما يتحدد بفترة معينة وينتهي بانسحاب تدريجي، مما يقتضي مشاركة متزايدة من المجتمع المحلي والبلد المستفيد من برامج المعونة، وذلك من خلال ضخ الموارد في البرنامج بمواكبة هذا الانسحاب بتقديم تمويل جزئي أو تعيين الموظفين.

تشير التجارب في العديد من المواقف أن بعض وكالات التمويل، تضع شروطا تستهدف تنفيذ أهدافها وسياساتها الخاصة، وذلك على حساب تنفيذ الأهداف الأساسية للبرنامج، ومن المهم هنا أن يتمسك البرنامج المجتمعي بأهدافه وأولويات حاجاته، وبما يتمشى مع مبادئ البرنامج العالمي لتأهيل المعوقين، وبما يتفق مع الواقع الثقافي والحضاري للمجتمعات المستهدفة للدعم.

خلاصة القول أن تمويل برامج التأهيل في المجتمع المحلي، كانت وما تزال وستبقى عامل الحسم في تأكيد الفاعلية والجدوى لتطبيق منهجية التأهيل المجتمعي. فعلى رغم صدق التوجهات وحسن النوايا التي تقدمها المجتمعات المحلية نحو تطوير الخدمات واستثمار الموارد المحلية بأقصى طاقتها في مجال تحسين الواقع لأعضائها من المعوقين، إلا أن المجتمع يجد نفسه بعد بداية يلفها الحماس والرغبة العارمة، أمام السؤال الهام حول مقومات الاستمرارية والديمومة والتطوير، ذلك السؤال الذي

يواجه الشخص المعوق والأسرة والمجتمع بضرورة البحث عن مصادر ريادية محلية وخارجية لتحقيق الأهداف، وبما يمكن البرنامج من اعتماد خطة اقرب إلى الواقعية في تنفيذ نشاطاته، اعتمادا على الدعم المنظور والمأمول.

ومن المهم للبرنامج الناجح أن يقوم على تقييم موضوعي للإمكانات المتوفرة للمجتمع المحلي باعتبارها العامل الأهم لاستمرارية البرنامج في مواجهة حاجات التأهيل الأساسية للمعوقين في المجتمع، بما يبقي أهداف التطوير الأخرى مجالات مستهدفة للمواجهة والتنفيذ بتأكيد الحصول على الموارد اللازمة من المجتمع المحلي أو جهات الدعم الخارجي، وفي إطار يبقي قوة المجتمع في اتخاذ قراراته بعيدا عن مواقف الضعف تحت ضغط الحاجة إلى التمويل مهما كان مصدره، وهو بهذا يكون قد بنى برنامجا مجتمعيا لتأهيل المعوقين في مجتمع يملك قراره ويتحكم في مصادره.

الفصل السادس

الدراسات الإحصائية في مجال التأهيل في المجتمع المحلي

الفصل السادس

الدراسات الإحصائية في مجال التأهيل في المجتمع المحلي

1- تقديم حول إحصائيات الإعاقة في المجتمع

ترتبط أهمية عملية جمع وتنظيم المعلومات والبيانات حول الإعاقة بمنظومة الخدمات المقدمة في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين، وتزداد أهميتها بشكل مضطرد مع تنامي الاهتمام الذي توليه الدولة والمجتمع لفئات الإعاقة، ويشير عرض الواقع إلى أن إحصائيات الإعاقة كانت قبل سنوات العقد الدولي تقوم على تقديرات غير موثوقة ولا تحظى باهتمام الباحثين والمخططين الحكوميين. وقد يكون التقدير الصادر عن منظمة الصحة العالمية سنة 1976، الذي يشير إلى أن ما نسبته 10٪ من السكان في أي مجتمع يعانون بدرجة أو أخرى من الاعتلال، أساسا لإثارة الاهتمام الدولي والحكومي نحو المشكلة وظروفها وحاجاتها، وقد تكلل هذا الاهتمام بإعلان سنة 1982، السنة الدولية للمعوقين، وإعلان الفترة 1983- 1992، العقد الدولي للأشخاص المعوقين، حيث أخذت إحصائيات الإعاقة الكثير من الاهتمام الدولي والحكومي، وأفردت لها العديد من النشاطات وصدرت فيها الكثير من الدراسات والمنشورات.

شهدت سنوات العقد الدولي محاولات جادة لتوفير المعلومات الدقيقة والمنظمة حول واقع مشكلة الإعاقة في العديد من الدول، فقد أشارت دراسة ميدانية لمكتب الإحصاء التابع للأمم المتحدة حول نسبة شيوع الإعاقة في 55 بلدا، إلى نسبة تتراوح بين (02, ٪- 21٪) من

السكان. وقد بينت نتائج التحليل أن الاختلاف الواسع في نسب شيوع الإعاقة بين مجتمعات الدراسة، يرجع أساسا إلى تباين المفاهيم والمصطلحات والمنهجيات المستخدمة في الدراسات أكثر من كونه اختلافا حقيقيا بين المجتمعات، وهو ما يؤكد الحاجة إلى توحيد المعايير المستخدمة، بما يمكن أن يقلل الفروقات وبما يفيد أهداف التخطيط الوطني في بناء البرامج وتطوير النشاطات القائمة على بيانات ومعلومات أقرب للدقة والموضوعية في تحديد حجم المشكلة وفئاتها وحاجاتها الآنية والمنظورة.

2- العوامل المؤثرة في نتائج الدراسة الإحصائية للمعوقين في المجتمع

إن أحد أهم المشكلات التي تواجه المخططين في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين، هو التباين الواضح في نتائج الدراسات الإحصائية والمسحية حول الإعاقة، وقد لا يبدو ذلك مستغربا في ظل المتغيرات المتعددة التي تحكم نتائج الإجراءات الإحصائية، خصوصا تلك المتغيرات المرتبطة بطبيعة الدراسات الاجتماعية، وعلى رغم ذلك، هناك نوع من الإجماع بين الباحثين على أن النتائج المتباينة للدراسات الإحصائية في مجال الإعاقة، تعود في مجملها إلى مجموعة من الأسباب المتعارف عليها والمبينة في الإطار (15).

الاطار (15) أسباب التباين

في نتائج الدراسات الاحصائية للمعوقين في المجتمع

- *التباين حول تعريف مفاهيم الإعاقة وفئاتها المختلفة.*
- *اختلاف الطرق والمنهجيات المستخدمة في الدراسات.*
- *تباين مستوى تدريب الباحثين الميدانيين حول طرق جمع البيانات وتنظيمها.*
- *تباين مؤهلات وكفاءة المشاركين في الدراسة الإحصائية.*
- *الاختلاف حول مفاهيم التصنيف المتضمنة في الدراسة؛ الاعتلال، العجز والاعاقة.*
- *غموض الأهداف المحددة للدراسة الإحصائية؛ خدمات، فئات إعاقة، فئات عمريه، مناطق جغرافية ...وغيرها.*
- *التباين الثقافي بين المجتمعات.*
- *مستوى هيمنة اتجاهات الاخفاء لدى المجتمع.*
- *اختلاف مدى التوقعات الاجتماعية من نتائج الدراسة.*
- *تباعد الفترة الزمنية بين الدراسات.*
- *عدم ملاءمة توقيت الدراسة.*
- *عدم الوضوح في طبيعة الدراسة؛ عامة أو متخصصة.*
- *عدم استكمال الدراسات.*

3- المفاهيم المستخدمة في إحصائيات الإعاقة

تعرض توصيف الإعاقة إلى الكثير من الغموض واللبس خلال الفترة الماضية، ويعود ذلك في مجمله إلى التباين حول المصطلحات والتعريفات المستخدمة من المنظمات الدولية والحكومات والمتخصصين والمشرعين والأشخاص المعوقين وممثليهم. وقد يكون التصنيف العالمي للاعتلال والعجز والإعاقة الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية سنة 1980، هو البداية الحقيقية لتنظيم إجراءات التشخيص والتصنيف للإعاقات بأسلوب علمي ومنهجي.

يركز التصنيف العالمي لمنظمة الصحة العالمية على المنظور المرضي في تصنيف الاعتلال، وهو ما يحصر استخدامه بالأخصائيين الطبيين المؤهلين لإجراءات تشخيص الأمراض، ويحد من إمكانات استخدامه من العاملين الميدانيين. وبهدف الوصول إلى صيغة سهلة ومبسطة، تتيح إمكان المشاركة المحلية في اكتشاف الإعاقة وبناء الخدمات التاهيلية المناسبة لها في المجتمع، جاءت مصطلحات الإعاقة في البرنامج العالمي للعمل مع المعوقين، لتعني وضعا عاما لفئة خاصة من المجتمع. ويتلخص ذلك في المفاهيم الثلاث التالية:

الاعتلال أو الخلل :

هو "أي فقدان أو شذوذ في التركيب أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو التشريحية".

ويعني الاعتلال تشوها أو فقدانا للعضو أو تشوها أو فقدانا للوظيفة. ومن الأمثلة الواردة في الدراسات الإحصائية: كف البصر، الصمم والبكم، فقدان عين واحدة، شلل في واحد أو أكثر من

الأطراف، بتر واحد أو أكثر من الأعضاء، التخلف العقلي، العمى الجزئي وصعوبات الكلام.

العجز:

هو "الحد او فقدان القدرة (نتيجة الاعتلال) للقيام بتنفيذ النشاطات في الإطار الذي يعتبر طبيعيا للكائن البشري".

فالعجز هنا توصيف لنقص وظيفي في تنفيذ النشاط نتيجة للاعتلال، ومن الأمثلة المستخدمة في الدراسة الإحصائية حول العجز: صعوبة الإبصار، صعوبات النطق والسمع والحركة والتسلق والقبض والاستحمام وتناول الطعام واستخدام الحمام وغيرها من وظائف الحياة.

الإعاقة(العاهة):

هي "وضع غير موات بالنسبة لشخص ما نتيجة الاعتلال أو العجز، مما يقيد أو يمنع أداء دور يعتبر عاديا لذلك الشخص،اعتمادا على عوامل العمر والجنس والمتغيرات الثقافية والاجتماعية الأخرى".

فالإعاقة هنا توصيف للدور الاجتماعي والاقتصادي للشخص المعتل أو العاجز مقارنة بالآخرين في إطار البيئة والثقافة التي يعيش فيها. ومن الأمثلة المستخدمة في الدراسات الإحصائية حول الإعاقة: طريح الفراش، حبيس البيت، عدم امكانية استخدام وسائل النقل العامة، لا يعمل ولا يستطيع العمل ومنعزل اجتماعيا وغيرها.

لقد حدد تصنيف منظمة الصحة العالمية مفاهيم **الاعتلال والعجز والإعاقة** على أنها المكونات الثلاثة المستخدمة في تنفيذ أهداف البرنامج

العالمي للعمل مع الأشخاص المعوقين. وهي **الوقاية وإعادة التأهيل وتحقيق الفرص المتكافئة**. وجاء توصيفها كما يلي:

الوقاية من الإعاقة:

وهي "مجموعة التدابير التي ترمي إلى منع حدوث الاعتلال العقلي والجسدي والحسي (الوقاية على المستوى الأولي)، أو منع الاعتلال عند حدوثه من أن يقود إلى تبعات سلبية جسدية أو نفسية أو اجتماعية".

إعادة التأهيل:

وهي "عملية موجهة نحو هدف ومحددة زمنيا بهدف تمكين شخص معتل من الوصول إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسدي أو اجتماعي، وبذلك يتوفر له أو لها الوسائل اللازمة لتغيير مجرى حياته أو حياتها، من خلال التدابير التي تعوض فقدان أو محدودية وظيفة (بالأدوات المعينة) والتدابير الأخرى الهادفة إلى تسهيل التكيف أو إعادة التكيف الاجتماعي".

الفرص المتكافئة:

وهي "عملية جعل التسهيلات العامة القائمة في المجتمع في متناول الجميع، وتشمل البيئة الجغرافية والثقافية والإسكان والمواصلات والخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية وفرص العمل والحياة الثقافية والاجتماعية بما فيها التسهيلات الرياضية والترفيهية".

4- التكامل المنهجي بين الدراسة الإحصائية وتخطيط البرامج

تهدف الدراسة المسحية واكتشاف الإعاقات في المجتمع إلى بلورة صورة عن واقع مشكلة الإعاقة، والحد من تفاقمها واتخاذ التدابير والاستراتيجيات المناسبة لمواجهتها بالتخطيط السليم وتطوير البرامج وتنمية الوعي وتعزيز أدوار المشاركة في المستويات كافة.

غالبا ما تهدف الدراسة المسحية للإعاقات في المجتمع الى تقديم أرقام محددة حول حجم المشكلة، الا أن الأهم يكمن فيما يمكن أن تقدمه هذه الدراسة من تحليل حول واقع المشكلة وظروفها وأسبابها وحاجاتها، وبما يفيد في تحقيق أهداف البرنامج العالمي للعمل مع المعوقين، وفي إطار من التكامل والتلازم بين النتائج الاحصائية والنشاطات المستهدفة. ويبين الجدول(4) توضيحا لمجالات التكامل بين النتائج الاحصائية واجراءات المواجهة المناسبة.

يقدم الجدول شرحا حول إستراتيجية الدراسة المسحية للإعاقة في المجتمع، حيث يتم تحديد الأشخاص المعوقين اعتمادا على توصيف الاعتلال والعجز، وبناء عليه يتم تخطيط وتنفيذ النشاطات الهادفة إلى الحد من أسباب الاعتلال، ويأتي ذلك بتحسين خدمات العناية الطبية (خلايا الجدول IP,IR)، ومن الأمثلة على ذلك: القيام بحملة تطعيم ضد شلل الأطفال لجميع السكان، بغض النظر عن قدرتهم على تغطية التكاليف، كما في الخليةIE))، أي أن مثل هذا البرنامج يوفر فرصا متكافئة لجميع المواطنين في الحصول على خدمات الوقاية من الاعتلال.

وهناك العديد من النشاطات المتضمنة في برامج الوقاية، كالاكتشاف المبكر والتدخل الطبي والعلاج الطبيعي وتوفير المعينات البصرية والحركية وبرامج التعليم الخاص وتدريب النطق، وغيرها من التدابير الهادفة إلى أن لا يتطور الاعتلال إلى العجز(الخلايا DR,DE).

جدول(4): التكامل بين الدراسة الإحصائية للمعوقين وبرامج خدماتهم التاهيلية

أهداف برنامج العمل العالمي / التصنيف العالمي	الوقاية P	التأهيل R	الفرص المتكافئة E
الاعتلال I	IP	IR	IE
العجز D	DP	DR	DE
الإعاقة H	HP	HR	HE

يستهدف برنامج الوقاية من الإعاقة في الخلية (HP) إلى التقليل من العوامل المسببة لعزل الشخص المعوق، مثل اتجاهات المجتمع السلبية نحو المعوقين، بينما تتوجه أهداف التأهيل في الخلية (HR) إلى تحسين فرص الحياة المستقلة واستحداث برامج التأهيل المرتكز على المجتمع المحلي (CBR)، وتعديل وسائل الاتصال والمواصلات العامة وتفعيل دور وسائل الإعلام، وغيرها. أما البرامج الخاصة بموضوع الفرص المتكافئة

فتركز على تنظيم فرص المشاركة الكاملة والدمج للشخص المعوق في المجتمع (الخلية HE).

5- مجالات الاستقصاء في الدراسة الإحصائية حول الإعاقة

قدم البرنامج العالمي للعمل مع الأشخاص المعوقين، بعض المفاهيم الأساسية المقترحة لدراسة واقع الأشخاص المعوقين في المجتمع، وتشمل مجالات الوقاية والتأهيل وفرص التعليم والتوظيف والدور الاجتماعي والواقع الاقتصادي والحقوق العامة والخاصة، وغير ذلك من المجالات ذات الطابع الوصفي لواقع الشخص المعوق في المجتمع. وعلى رغم أهمية هذه الموجهات العامة، إلا أن تحليل النتائج الاحصائية الواردة من (55) بلدا بمناسبة العقد الدولي للمعوقين، تشير إلى (17) مجالا مستهدفا لجمع البيانات والمعلومات الخاصة بالإعاقة، وقد تم توزيعها على خمسة مجالات رئيسية، كما هو موضح في الاطار (16).

الاطار (16) مجالات الدراسة الاحصائية للمعوقين في المجتمع

1-المعلومات الديمغرافية :

الفئة العمرية والجنس.

المنطقة السكانية(الحضر والريف).

2-الوضع الاقتصادي /الاجتماعي:

المستوى التعليمي.

النشاط الاقتصادي.

الوظيفة ومكان العمل.

3 -البيت والأسرة:

الوضع الاجتماعي.

مواصفات البيت.

معلومات الأسرة(العدد والتركيب والعمل).

دخل الأسرة (مصادر الإعالة)

معلومات الإعاقة:

الاعتلال الأساسي (أخرى).

وقت الحدوث.

أسباب الاعتلال.

شدة الاعتلال / الدرجة والمستوى.

الأدوات المعينة المستخدمة(إن وجدت).

الخدمات التأهيلية السابقة.

أخرى

موضوعات أخرى خاصة بالإعاقة.

6- مضمون الدراسات الإحصائية والمسحية للإعاقات

تستهدف الدراسة الإحصائية حول الاعاقة في المجتمع، عملية جمع وتنظيم وتحليل المعلومات والبيانات حول مختلف موضوعات الاعاقة، وتتركز حول المجالات الخمسة التالية:

أولا: وجود الاعتلال وتوصيفه وتصنيفه، وتشمل:

1- *الاعتلالات الجسمية*:

1- 1 الحسية وتشمل الاعتلالات السمعية واللغوية والبصرية

1- 2 الجسدية الأخرى وتشمل الاعتلالات الداخلية والعظمية والتشوهات

2- الاعتلالات الفكرية والنفسية

3- المزدوجة والمتعددة

ثانيا: تأثير وجود العجز

2- 1 الوظائف الجسدية

وتشمل الوظائف الحركية والاتصال والعناية بالذات والتحكم بوضع الجسم والبراعة والدقة.

2- 2 الوظائف الاجتماعية

وتشمل مهارات وقدرات التصرف في المواقف الاجتماعية.

ثالثا: اسباب الاعتلال

تشمل حوادث السيارات وحوادث النقل والتسمم الغذائي والدوائي والحوادث العامة كالحرائق والحروب والعوامل البيئية والخارجية والأمراض والعوامل الوراثية الطبيعية.

رابعا: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والبيئية

تشمل الجنس والعمر والوضع الاجتماعي والأسري والتعليم والتدريب والعمل والمهنة والدخل الاقتصادي والتعويضات والإقامة والسكن والمواصلات والصحة والتغذية والتربية والثقافة والمشاركة الاجتماعية والسياسية والاتصال والاتجاهات والقيم السائدة ونظام التشريعات والقوانين والحقوق المدنية القائمة.

خامسا: الخدمات المتوفرة وتوزيعها واستخدامها

تشمل برامج الرعاية الصحية الأولية والوقاية والمعالجات الطبية وبرامج صحة الأم والطفل والخدمات الصحية العامة وبرامج التعليم العام والخاص والتدريب وفرص العمل والتوظيف وبرامج تأهيل المعوقين ونظام التأمينات الاجتماعية وبرامج الإرشاد والتثقيف والتوعية والحماية القانونية والحقوق العامة والخاصة للمعوقين وكذلك التسهيلات البيئية والجغرافية وتوفير الأدوات المعنية وتوفير خدمات الاستقلال الحياتي.

7- أهمية اكتشاف الاعتلال والإعاقة في المجتمع

يمثل اكتشاف الإعاقة أولوية لأي برنامج للعمل مع المعوقين، للأسباب التالية :

- تحديد الاعتلال ومعالجته مبكرا قبل أن يصل مرحلة العجز والإعاقة.
- إمكان الوقاية من ملحقات الاعتلال.
- تقدير حجم المشكلة وتحديد مواصفاتها وأسبابها.
- التخطيط السليم للبرامج والمداخلات اللازمة.

8- تصنيفات الإعاقة :

يقوم التصنيف الأساسي للإعاقات على مفهوم طبي يتركزحول تطور المرض من الأسباب الى الأعراض وصولا الى المظاهر. ويعتبر تصنيف منظمة الصحة العالمية حول الاعتلال والعجز والاعاقة (ICD)، أحد أهم المرجعيات الأكثر شيوعا في تصنيف الإعاقات. وقد بني هذا التصنيف على أساس الترميز الثنائي لتسعة مجالات تصنيفية للاعتلال، ويتضمن (99) تصنيفا لتشخيص الاعتلال، من خلال تسعة مجالات تصنيفية رئيسية، حيث جاءت كما يلي:

1. **الإعتلالات العقلية والفكرية:**

وتشمل الاعتلالات المرتبطة بالذكاء والذاكرة والتفكير.

2. **الإعتلالات النفسية الأخرى:**

وتشمل سائر المداخلات المرتبطة بتشكيل الحياة العقلية للفرد.

3. **الاعتلالات اللغوية والنطقية:**

وتشمل الاعتلالات المرتبطة باستخدام وفهم اللغة وعلاقتها الوظيفية بالتعلم.

4. **الإعتلالات السمعية،**

وتشمل تركيب الأذن ووظائفها، خاصة فيما يرتبط بوظائف التعلم.

5. **الإعتلالات البصرية،**

وتشمل تركيب العين ووظائفها، وتشمل جفون العين.

6. **الإعتلالات الحشوية الداخلية،**

وتشمل الاعتلالات المرتبطة بالأعضاء الداخلية ووظائفها.

7. **الاعتلالات العظمية،**

ترتبط هذه الاعتلالات بتنظيم الجسم وأجزاءه المرئية، وتشمل الاضطرابات الميكانيكية والحركية للوجه والرأس والرقبة والأطراف.

8. **اعتلالات التشوه والانحراف،**

وتشمل التراكيب الجسمية والحركات غير المألوفة التي يمكن أن تؤثر في علاقة الفرد الاجتماعية مع الآخرين.

9. **الاعتلالات العامة والمزدوجة،**

وتشمل تلك التي ترتبط بأكثر من اعتلال فردي محدد.

وتاليا تلخيص شامل لتصنيفات الترميز المزدوج للاعتلال لكل من المجالات التسعة الرئيسية الواردة في التصنيف الدولي للإعاقات الصادر عن منظمة الصحة العالمية:

1- الاعتلالات الفكرية

الاعتلالات المرتبطة بالذكاء (10- 14)

10 التخلف العقلي المتعمق (أقل من 20 IQ)

11 التخلف العقلي الشديد (20- 34 IQ)

12 التخلف العقلي المتوسط (35- 49 IQ)

13 التخلف العقلي البسيط (50- 70 IQ)

14 اعتلال آخر يرتبط بالذكاء

الاعتلالات المرتبطة بالذاكرة (15- 16)

15 فقدان الذاكرة الكلي او الجزئي

16 اعتلال آخر يرتبط بالذاكرة

الاعتلالات المرتبطة بالتفكير (17- 18)

17 الاعتلال المرتبط بسهولة وسرعة وبناء الأفكار

18 الاعتلال المرتبط بمحتوى الأفكار

اعتلالات فكرية اخرى (19)

19 اعتلال فكري آخر

2- الاعتلالات النفسية

اعتلالات الوعي واليقظة (20- 22)

20 اعتلال وضوح الوعي ونوعية خبرات الوعي

21 اعتلال الوعي المتقطع

22 اعتلال آخر حول الوعي واليقظة

اعتلالات الادراك والانتباه (23- 24)

23 اعتلال الادراك

24 اعتلال الانتباه

اعتلالات وظائف العاطفة والانفعال (25- 28)

25 اعتلال الحوافز

26 اعتلال العاطفة والمزاج

27 اعتلال الارادة والاختيار

28 اعتلال الوظائف النفس- حركية

اعتلالات السلوك (29)

29 الاعتلال ذو المنشأ السلوكي

3- اعتلالات اللغة والنطق

اعتلالات وظائف اللغة (30- 34)

30 الاعتلال الشديد في التواصل

31 الاعتلال في فهم واستخدام اللغة

32 اعتلال الزيادة او النقص في الوظائف اللغوية

33 أشكال أخرى من اعتلال الوظائف اللغوية

34 أنماط أخرى من اعتلال التعلم

اعتلالات النطق والكلام (35- 39)

35 اعتلال في اصدار الصوت

36 انماط اخرى من الاعتلال في وظيفة الصوت

37 اعتلال في طريقة النطق والكلام

38 اعتلال محتوى الكلام

39 انماط اخرى من اعتلال النطق والكلام

4- الاعتلالات السمعية

اعتلالات الحساسية السمعية (40- 45)

40 الاعتلال المتعمق او الكلي في تطور السمع

41 الاعتلال الشديد لفقدان السمع الثنائي

42 اعتلال فقدان السمع الكلي في اذن واحدة مع اعتلال سمعي متوسط في الاخرى

43 اعتلال سمعي متوسط في كلا الاذنين

44 اعتلال سمعي كلي في اذن واحدة مع اعتلال بسيط في الاخرى

45 اعتلالات اخرى في الحاسة السمعية

الاعتلالات السمعية واللفظية الاخرى (46- 49)

46 اعتلال التميز والانحراف في النطق والكلام

47 اعتلال آخر في الوظيفة السمعية

48 اعتلال التوازن الهلالي

49 اعتلال آخر في الوظيفة السمعية

5- الاعتلالات البصرية

اعتلالات حدة النظر (50- 55)

50 فقدان العين

51 اعتلال البصر الكلي في كلتا العينين

52 اعتلال البصر الكلي في عين واحدة وضعف البصر في الأخرى

53 اعتلال البصر المتوسط في كلتا العينين

54 اعتلال البصر الشديد في عين واحدة

55 اعتلال آخر في حدة الابصار

اعتلالات أخرى في النظر والابصار (56- 58)

56 اعتلال مجال الابصار

57 اعتلال آخر في النظر

58 اعتلال بصري آخر

6- الاعتلالات الحشوية الداخلية

اعتلال الاعضاء الداخلية (60- 66)

60 الاعتلال الميكانيكي والحركي للأعضاء الداخلية

61 اعتلال في وظيفة التنفس والقلب

62 اعتلال في وظائف الجهاز المعوي

63 اعتلال وظائف الجهاز الكلوي

64 ضعف الأعضاء الداخلية

65 اعتلال آخر في وظائف الأعضاء الداخلية

اعتلال الوظائف الخاصة الأخرى (67- 69)

67 اعتلال الأعضاء التناسلية

68 اعتلال في عمليات المضغ والبلع

69 الاعتلال المرتبط بحاسة الشم والوظائف الخاصة الأخرى

7- الاعتلالات العظمية

اعتلالات الرأس والجذع (70)

70 اعتلال مناطق الرأس والجذع

الاعتلالات الميكانيكية والحركية للأطراف (71- 74)

71 الاعتلال الميكانيكي لطرف واحد

72 الشلل التشنجي لاكثر من طرف

73 أشكال أخرى من الشلل في الطرف

74 اعتلال حركي آخر في الطرف

نقص وضعف الأطراف (75- 79)

75 الضعف المستعرض في الأجزاء القريبة من الطرف

76 الضعف المستعرض في الأجزاء البعيدة من الطرف

77 الضعف الطولي للأجزاء القريبة من الطرف العلوي

78 الضعف الطولي للأجزاء القريبة من الطرف السفلي

79 الضعف الطولي للأجزاء البعيدة من الطرف

8- اعتلالات التشوه

تشوهات اجزاء الرأس والجذع (80- 83)

80 نقص في منطقة الرأس

81 التشوه في تركيب منطقة الرأس والجذع

82 تشوهات أخرى في الرأس

83 تشوهات أخرى في منطقة الجذع

تشوهات الاطراف (84- 87)

84 عدم امكان التمييز بين الأجزاء

85 أنماط أخرى من التشوه الخلقي

86 تشوهات أخرى في التركيب

87 تشوهات أخرى

اعتلالات التشوه الأخرى (88- 89)

88 ثقب أو فتحة غير طبيعية

89 أنماط اخرى من اعتلال التشوه

9- اعتلالات عامة وحسية أخرى

اعتلالات عامة (90- 94)

90 الاعتلال المزدوج

91 الاعتلال الشديد في كبح الشهوة الجنسية

92 الحساسية المفرطة نحوالصدمات والاذى

93 اعتلال الأيض والاستعاضة

94 اعتلالات عامة أخرى

اعتلالات حسية عصبية (95- 98)

95 اعتلال حسي نحو الرأس

96 اعتلال حسي نحو الجذع

97 اعتلال حسي نحو الأطراف العليا

98 اعتلال حسي نحو مناطق أخرى من الجسم

اعتلالات اخرى (99)

99 اعتلال آخر

8- التعرف على الإعاقات:

لا شك في أهمية دليل تصنيف الاعتلال الصادر عن منظمة الصحة العالمية في توفير المعلومات والمنهجيات التي تفيد الباحثين والمتخصصين في اجراءات تشخيص الاعتلال والعجز والاعاقة. لكن هذا الدليل يبدو وكأنه في موقف يتعارض مع مبادىء منهجية التأهيل المجتمعي بسبب مضامينه المتخصصة التي تتناقض مع توجهات المشاركة الفعالة للمجتمعات المحلية ذات الامكانات المحدودة في مواجهة احتياجات تأهيل الأشخاص المعوقين. وعليه فإن الاعتماد الملزم لهذا الدليل في بناء خدمات التأهيل، يبدو وكأنه يمثل عودة الى الوراء في بناء وتنظيم اجراءات تأهيل الأشخاص المعوقين، لأسباب تتعلق بتركيزه على تعزيز الأدوار والمداخلات التخصصية والمحددة بالكوادر الطبية المدربة والمؤهلة حصريا لاجراءات التشخيص، ما يقود بالتالي الى إهمال متطلبات

المشاركة الفعالة للمجتمعات المحلية في مواجهة احتياجات تأهيل الأشخاص المعوقين من خلال امكاناتها ومواردها المتوفرة.

تقوم التوجهات الحديثة في تأهيل الأشخاص المعوقين على إعطاء الأسرة والمجتمع دورا أكبر للمشاركة في تنفيذ اجراءات التأهيل بمراحلها المختلفة، بما فيها اجراءات الاكتشاف والتشخيص والتنفيذ والتقييم والمتابعة، وبما يحقق للشخص المعوق فرصة الدمج في حياة مجتمعه، وعلى رغم أهمية التشخيص السليم والدقيق للاعتلال والعجز والاعاقة، الا أن ما يهم العاملين في برامج التأهيل المجتمعي هو اكتساب المعلومات والمعارف الاساسية التي تمكنهم من تحديد الاعتلال والتعرف على الاعاقات بالاساليب السهلة والمبسطة، وبما تمكنهم من تفعيل أدوارهم للمشاركة في بناء وتطوير خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين من خلال الامكانات والموارد والخبرات المحلية، وقد يكون دليل التعرف على الإعاقات الذي أورده **ديفيد ورنر** في كتابه "**رعاية الاطفال المعوقين**" سنة 1987، اكثر ملاءمة لاستخدام العاملين في برامج التأهيل المجتمعي، الاطار(17).

الاطار (17)

دليل التعرف على الاعاقات

المظاهر	التشخيص المحتمل
ضعيف البناء ولين ورخو	شلل دماغي او تأخر في النمو
وجه مدور وعينان منحرفتان ولسان غليظ	متلازمة دون "منغولي"
رأس صغير وذروة رأس ضيقة	دماغ صغير وتخلف عقلي
لا يرضع بسهولة ويغص بالحليب والاكل	شلل دماغي
التواء القدم الى الداخل او الوراء	قدم ملتوية "قفداء"
يدان ضعيفتان او ملتويتان او متصلبتان	اعوجاج مفصلي
نتوء داكن في الظهر مع قدمين ملتويتين	استسقاء الحبل الشوكي" سبيغابيفيدا"
رأس كبير يستمر في النمو	ماء في الدماغ
شفة عليا وسقف فم غير مكتملين	شفة مشقوقة "أرنبية" وشق حلقي
تشوهات ولادية او فقدان أجزاء	تشوه خلقي، بتر
تصلب غير طبيعي في العضلات	اعوجاج مفصلي او شلل دماغي
تقلص العضلات في وضع معين وقبض الابهام	شلل دماغي تشنجي
ذراع ضعيفة في وضعية غريبة	شلل ارب
ساقان مقوستان ولا تنفتحان بسهولة	خلع ولادي، استسقاء او اعوجاج
بطء الاستجابة او النظر للاشياء	تأخر نمو او شلل دماغي او صمم
حركة أجفان غريبة او مفاجئة	كفاف او صرع او شلل دماغي
حركات جسمية لا يمكن التحكم بها وفقد الوعي	نوبات صرع
حركات جسمية بطيئة ومفاجئة بوتيرة واحدة	شلل دماغي " اتيتوئيد"
تصلب كل الجسم وتحكم بسيط في الحركات	شلل دماغي تشنجي
ضعف رخو في الجسم او جزء منه وتوفر الاحساس ولا تشنجات	شلل الاطفال
ضمور العضلات التدريبجي	سوء تغذية العضلات"ديستروفي" او ضمور العضلات " اتروفي"
ورم في الظهر	سل العمود الفقري
ضعف ولين في اليدين والقدمين وفقدان الاحساس	جذام

كيس في الظهر وقدمان ضعيفتان معوجتان وغالبا بلا احساس	استسقاء الحبل الشوكي" سبينابيفيدا"
اصابة الحبل الشوكي وضعف الاحساس تحت مستوى الاصابة، مصحوبا بتشنج وعدم التحكم بالبول والبراز	شلل سفلي "بارابليجيا" او شلل رباعي "كوادروبليجيا"
ضعف مصحوب بتصلب وتشنج في جانب واحد من الجسم	شلل دماغي او سكتة عند الكبار
ضعف مصحوب بتصلب وتشنج في كل الجسم او جزء منه	شلل دماغي او آلام مفاصل
يمشي مائلا مع كل خطوة و ضعف او قصر احدى الساقين	شلل اطفال او شلل دماغي او خلع ورك
المشي بركبتين ملتصقتين وشد عضلي	شلل دماغي او تشنجي او شلل سفلي
الركبتان متلاصقتان والقدمان متباعدتان	طبيعي حتى سن 12 سنة وبعدها يشخص باعتباره صكك الركبتين
المشي بارتباك على رؤوس الاصابع مع تأثر احد الجوانب	شلل دماغي مع شلل نصفي عند الكبار
المشي ببطء وارتباك واضطراب مع ركبتين منحنيتين وساقين متباعدين وتوازن ضعيف	شلل دماغي او متلازمة دون
ضعف وتصلب تدريجي في الساقين والمشي على رؤوس اصابع القدمين	سوء تغذية العضلات"ديستروفي" او شلل دماغي تشنجي
المشي بالضغط على الركبة او الفخذ وانحناء الركبة للخلف وصعوبة رفع الرجل	شلل اطفال او ديستروفي او التهاب مفاصل
قدم ضعيفة تتدلى للاسفل مع رفعها اثناء المشي	شلل اطفال او استسقاء او ديستروفي او ضمور استروفي او اصابة عضلة او عصب
يتمايل من جانب إلى آخر مع كل خطوة في المشي	شلل اطفال او شلل دماغي او استسقاء او متلازمة دون او ديستروفي او قزمية او خلع ورك او اعوجاج مفصلي
المشي بركبة او ورك مثني وعدم الاستقامة في الاسترخاء	تقلص عضلات او مفاصل ملتصقة او شلل اطفال
المشي بركبتين متباعدتين وقدمين متلاصقتين مع قصر الجسم والبطن منتفخ	طبيعي حتى سن 18 شهر، ويشخص بعدها بكساح الاطفال او هشاشة عظام او قزمي او دون او ورك مخلوع
اقدام مسطحة والم في قوس القدم مع تشوهات في القدم	شلل اطفال او دماغي او متلازمة دون او استسقاء الحبل الشوكي
تقوس جانبي العمود الفقري	انحراف العمود الفقري ويرتبط

مع نتوء في الظهر	بشلل اطفال او دماغي او استسقاء او ديستروفي
انحناء اسفل العمود الفقري مع بروز البطن	انحناء العمود الفقري ويرتبط بشلل الاطفال والدماغي وديستروفي ودون وقزمي
ثنية قاسية وتحدب في الظهر	الحدب وشلل الاطفال الحاد
اجزاء مفقودة من الجسم منذ الولادة	تشوه خلقي
فقدان اجزاء نتيجة حوادث	بتر
فقدان تدريجي للاصابع او القدمين	التهاب العظام او الجذام او السكري او الاستسقاء
شلل لين ورخاوة في الاصابع واليد	شلل اطفال او ديستروفي او ضمور اصابة الحبل الشوكي بمستوى العنق اوالجذام او تلف الاوتار والاعصاب
انشداد وتقلص الاصابع وحركة غريبة	شلل دماغي تشنجي
ندوب وتشوهات في اليد والاصابع	تشوه نتيجة حروق او حوادث
انحناء او تقوس في القدم	شلل اطفال او دماغي او سبينابيفيدا اوديستروفي اوالتهاب مفاصل"ارتريتس او اصابة الحبل الشوكي
بطء التعلم او تنمية المهارات	تخلف عقلي او شلل دماغي او متعددة
تقلصات وانقباض وقصر في العضلات	شلل اطفال او دماغي او شلل ارب او سبينابيفيدا او التهاب مفاصل او ديستروفي او بتر او جذام او حروق
مشكلات سلوكية وتصرفات غريبة	تخلف عقلي او شلل دماغي او صرع
بطء تعلم اشياء وسرعة تعلم اشياء اخرى مع زيادة في النشاط العصبي	اعاقة تعليمية ومشكلات سلوكية
صعوبة الكلام والتواصل	الصمم او شلل دماغي او متلازمة دون او القزمية او شق الشفة او القدامة" القماءة"
مشكلات ثانوية مصاحبة لأخرى اساسية	الشلل الدماغي: كف البصر والصمم والصرع الشلل: تقوس العمود الفقري الجذام واصابة واستسقاء الحبل الشوكي: التقرحات والتهاب نخاع العظام وفقدان التحكم بالبول والبراز

10- أسباب الإعاقة :

تشير دراسات هيئة الأمم المتحدة أن الإعاقة ترجع في مجملها إلى مجموعة من الأسباب الوراثية أو المرضية أو لأسباب تتعلق بالحوادث أو الإصابات والظروف الاجتماعية الثقافية الأخرى، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن 70٪ من الإعاقات ترجع لإصابات الولادة أو لأسباب مرضية أوالحوادث وسوء التغذية، ومهما يكن فإن هناك نوعا من الإجماع عالميا على أن الإعاقة ترجع سببيا إلى العوامل الواردة في الاطار(18).

الاطار(18)

العوامل المسببة لحدوث الاعاقات

أسباب الاعاقة

- الحروب والمنازعات وغيرها من أشكال العنف.
- الظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة.
- ارتفاع مستوى الأمية.
- انخفاض الوعي بالتدابير الصحية والتعليمية.
- عدم كفاية البرامج الصحية الأولية والرعاية.
- العوائق الجغرافية التي تسهل الوصول للخدمات.
- تمركز خدمات التخصص في المناطق الحضرية .
- ضعف برامج الوقاية بمستوياتها الأول والثاني.
- الحوادث الصناعية والزراعية وحوادث السير.
- الكوارث الطبيعية.
- تلوث البيئة.
- التسارع الحضاري وما يتبعه من ضغوطات.
- العلاج الخاطئ.
- سوء استعمال الأدوية.
- العقاقير والمخدرات.
- الانفجار السكاني.
- الأسباب الوراثية والخلقية.
- *الأمراض السارية والمعدية.*
- *أسباب اخرى.*

1- أساليب جمع البيانات والمعلومات حول الإعاقة :

هناك العديد من الطرق والأساليب المستخدمة في جمع البيانات والمعلومات الخاصة بمشكلة الإعاقة في المجتمع، وتختلف هذه الأساليب في أهدافها وإجراءاتها واستراتيجياتها، ولكل منها حسناتها وسلبياتها في الموقف التطبيقي، وتاليا عرض لأهم الأساليب المستخدمة في جمع البيانات والمعلومات حول الاعاقة في المجتمع:

11- 1 التعداد العام للسكان والمساكن

يمثل التعداد العام للسكان والمساكن احد أهم المرجعيات التي تعتمد عليها الدولة في الحصول على المعلومات والبيانات الاحصائية التي تفيد في تنظيم وتطوير خططها وبرامجها في مجال تأهيل الاشخاص المعوقين، ونظرا لطبيعة هذا الاسلوب الذي يستنفد الكثير من الجهد والموارد والوقت في الإعداد والتطبيق، فانه يصعب إعادة تنفيذه إلا بعد فترة لا تقل عن عشر سنوات في أغلب الأحيان. من هنا يحرص المخططون على أن يتضمن التعداد العام، الحصول على اكبر قدر من المعلومات حول مختلف المجالات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية والتربوية وغيرها.

عادة ما يتضمن استبيان التعداد العام للسكان سؤالا أو مجموعة من الاسئلة حول وجود الإعاقة في تركيب الأسرة، وهنا، فليس متوقعا أن يقدم التعداد أكثر من مجرد الحصول على بيانات وأرقام مجردة قد تفيد في تحديد نسبة شيوع الإعاقة في المجتمع، وبحيث تؤسس هذه

البيانات لإجراءات لاحقة في إطار التخطيط الوطني للبرامج التنموية، ومهما يكن فإن مجرد تضمين الدراسات الإحصائية الوطنية سؤالا حول الإعاقة، يمثل دليلا على اهتمام المخططين والباحثين الحكوميين بالاعاقة والاشخاص المعوقين في بناء البرامج الوطنية.

11- 2 المسح العلمي بالعينة العشوائية:

تعتبر طريقة العينة العشوائية في الدراسات الاحصائية احدى المنهجيات العلمية في الوصول الى نتائج دقيقة وموضوعية، وتعتمد هذه الطريقة على نتائج تعداد حديث للسكان، حيث تؤخذ عينة عشوائية تقارب 25 الف نسمة من مناطق جغرافية مختلفة وممثلة للتوزيع السكاني للمجتمع، ويصمم استبيان خاص لجمع المعلومات، ويتم تدريب عدد مناسب من الباحثين الميدانيين لفترة قد تمتد لمدة أسبوعين، لتزويدهم بالمهارات اللازمة حول إجراءات المقابلة وجمع البيانات وتنظيمها خلال عملية المسح.

لكل طريقة من الطرق الاحصائية مميزاتها الايجابية وسلبياتها، ويتضمن الجدول(5) عرضا لخصائص العينة العشوائية في جمع المعلومات والبيانات حول الاعاقة في المجتمع.

الجدول(5) خصائص العينة العشوائية في جمع بيانات الاعاقة

الايجابيات	السلبيات
• اسلوب علمي في البحث • نتائجه عالية الدقة والصدق • يمثل المجتمع بدرجة كبيرة	• يحتاج لفترة طويلة في الاعداد والتنفيذ • باهظ التكلفة • يحتاج لباحثين مؤهلين ومتفرغين • يحتاج لفترة طويلة نسبياً

11- 3 التقدير القومي البسيط :

يعتبر التقدير القومي أحد الأساليب المستخدمة قي جمع البيانات حول الاعاقة في المجتمع، الا انه أسلوب يفتقر إلى الدقة، لأسباب منهجية او لأسباب ترتبط بكفاءة الباحثين، ويعتمد هذا الاسلوب على الأرقام المستخرجة من الإحصاءات العامة حول بيانات الاعتلال، وهي غالبا ما تكون ارقاما مضللة ولا تعكس الحجم الحقيقي للمشكلة، وكغيره من الأساليب، فإن استخدامه يحمل بعض الايجابيات والسلبيات كما هو موضح في الجدول(6).

الجدول(6)خصائص التقدير القومي البسيط

الايجابيات	السلبيات
• أسلوب بسيط • يعطي نتائج سريعة • غير مكلف	• بياناته غير شاملة لعدم التبليغ الصادق • نتائجه غير متعمقة • يقوم على أرقام مجردة • نتائجه لا تخضع للتقييم الميداني

11- 4 السجلات الرسمية

تعتبر السجلات الرسمية أحد أهم مصادر جمع المعلومات والبيانات حول الإعاقة في المجتمع، ومن المصادر الهامة لجمع البيانات بهذه الطريقة هي سجلات الولادة والسجلات الطبية وسجلات الشؤون الاجتماعية والتربية والضمان الاجتماعي ومكاتب التوظيف ومؤسسات التربية الخاصة وغيرها.

11- 5 السجل الوطني للإعاقة

يمكن أن يتم تنظيم آلية حكومية لتسجيل الأشخاص المعوقين، وهناك طريقتان لانشاء مثل هذا السجل العام، فقد تلجأ الحكومة من خلال وسائل الاعلام إلى أن تعلن عن حملة وطنية تدعو فيها الأشخاص المعوقين وأسرهم الى المبادرة الطوعية بتسجيل أسمائهم في السجل العام المخصص في المركز والمناطق ليقوم بعدها فريق متخصص من الجهات المسؤولة بزيارة الأسرة وتعبئة النماذج الخاصة بهذا السجل العام، أما الطريقة الثانية فهو دعوة القادة المحليين للتبليغ عن الأشخاص المعوقين والحضور مع الأسرة لتسجيلهم في السجل العام.

الجدول(7) خصائص التسجيل العام

الايجابيات	السلبيات
• يقوم على توجه ايجابي طوعي • بياناته دقيقة ومنظمة • يحفز جهود المشاركة المحلية • طريقة مباشرة في جمع البيانات	• عدم الشمولية • يرفع سقف توقعات المسجلين • يحتاج لمتابعة ومراجعة دورية تحتاج لفريق متفرغ للتسجيل والتقييم

11- 6 المسح البيتي:

وهو استبيان بسيط، ويتضمن قسمين، أحدهما يستهدف استقصاء المعلومات عن تركيب الأسرة، بينما يتعلق الآخر بالاستقصاء عن وجود مشكلة الإعاقة في الأسرة، وهو أسلوب سهل في تحقيق الغرض، ويقوم على الاتصال المباشر بالأسر والاستفسار منها عن وجود مشكلة تتعلق بأحد فئات الإعاقة، وهذا الأسلوب له سيئاته وحسناته (الجدول8).

الجدول(8) خصائص المسح البيتي

الايجابيات	السلبيات
• يتيح المشاركة المحلية • ينمي الوعي الاجتماعي بالاعاقة • نشاط تدريبي للمتطوعين • سهل وبسيط ومفهوم • قليل التكاليف • السرعة في استخراج النتائج • يمثل مصدر ثقة للمجتمع • لا يحتاج لمتخصصين مؤهلين	• يتطلب دراسة تخصصية لاحقة لتدقيق المعلومات • نتائجه ليست دقيقة عموما • يحتاج لفترة إعداد مسبقة لتشكيل وتدريب العاملين • يعتمد على كفاءات غير مؤهلة

إجراءات الدراسة المسحية (بيت – بيت):

تشمل الدراسة المسحية البيتية حول الإعاقات في المجتمع العديد من النشاطات، منها ما يتعلق بالتمهيد والإعداد ومنها ما يتعلق بالتنفيذ والتنظيم والتقييم للبيانات والمعلومات الخاصة بالاعاقة في المجتمع، إلا أن من المهم أن يتم تصميم محتوى استبيان الدراسة المسحية بما يتلاءم مع التركيب الثقافي واللغوي لمجتمع الدراسة المستهدف وأن يكون

الباحث واعيا للظروف الثقافية والنفسية والاجتماعية لبيئة الدراسة، وفيما يلي عرض لنشاطات الدراسة المسحية البيتية:

- تهيئة المجتمع وتوعيته بأهداف الدراسة.
- تشكيل اللجان التطوعية اللازمة للدراسة.
- تحديد وتهيئة الظروف الأمنية اللازمة للتطبيق.
- تنظيم سجلات الوحدات السكنية في قوائم فردية بواقع 20 وحدة لكل قائمة.
- اعداد استبيان الدراسة المسحية ومناقشته مع اللجنة المحلية وتعديله اذا لزم.
- تدريب المتطوعين على طرق اكتشاف الاعتلال وتعبئة الاستبيان.
- تنظيم عمل فرق المسح وتعيين المشرفين وتحديد المناطق.
- إجراء تطبيق تجريبي للوقوف على فعالية الاستبيان وإجراء التعديل المناسب.
- إجراء الدراسة الميدانية.
- تفريغ النتائج وتجميعها حسب المناطق والفئات والأعمار والجنس وغيرها.
- إجراء الدراسة التشخيصية المبدئية لحالات الاعتلال المكتشفة بالدراسة المبدئية وتحديد الاعتلال وشدته وحاجاته ذات الأولوية.
- إجراء التشخيص المتخصص وتحديد الحاجات التأهيلية.

تحليل النتائج وتصنيفها.

- تحديد الحاجات التأهيلية العامة حسب الفئات أو الأعمار أو النشاطات.

- تخزين المعلومات الإحصائية النهائية المحصلة.
- تنظيم خطة العمل المناسبة لمواجهة الحاجات التأهيلية للمعوقين في المجتمع ضمن الإمكانيات والموارد المحلية المتوفرة أو بدعم خارجي فني ومادي.

12- جمع وتنظيم معلومات وبيانات الإعاقة في المجتمع

تتضمن عملية تجميع وتنظيم البيانات الخاصة بالإعاقة في المجتمع، العديد من الخطوات الاجرائية المتتابعة، التي تهدف في المحصلة الى توجيه نشاطات البرنامج المجتمعي في إطار الاولويات والامكانيات المتوفرة، وبطريقة تمكن المجتمع المحلي من المساهمة الفعالة في تطوير خدمات التاهيل لاعضائه من المعوقين، وتشمل هذه الخطوات:

12- 1 الاستكشاف المبدئي للاعتلالات :

وهي الدراسة المسحية البيتية التي يقوم بها عاملو التأهيل في المجتمع وبعض المتطوعين المحليين بهدف جمع المعلومات الشاملة عن الاعتلالات في المجتمع من خلال أسئلة واضحة ومبسطة للأسر حول وجود مشكلات ترتبط بالاعتلال أو العجز لدى أي من أفراد الاسرة (نموذج رقم 1)، وغالبا ما تفتقد النتائج المحصلة من هذه الدراسة للمعلومات الدقيقة حول الحجم الحقيقي للمشكلة، لأسباب تتعلق باتجاهات الأسر السلبية التي تعمد الى إخفاء الإعاقات أو بالتبليغ عن حالات وهمية طلبا للمساعدة، وهو ما يمكن ان يقود الى نتائج مضللة لا يمكن البناء عليها في تخطيط البرنامج المحلي.

بالاضافة الى ما سبق، فان معظم الباحثين الميدانيين هم من المتطوعين المحليين، الذين تنقصهم الخبرة والمهارة في تحديد الاعتلال إو العجز، وهنا فإن الاعتماد على احكامهم قد يحمل الكثير من المجازفة والتضليل، الا أن الهدف الاساسي من هذه الدراسة الاستكشافية يتمثل في نشر الوعي وتفعيل المشاركة المجتمعية وتدريب المتطوعين، وتقديم المعلومة المبدئية حول المساكن التي يحتمل ان يكون لدى احد أعضائها مشكلات تتعلق بالعجز أو الاعتلال، وبحيث تكون هذه المساكن هدفا لدراسة تشخيصية لاحقة.

12- 2 الدراسة التشخيصية المبدئية :

وهي الإجراء الذي يقوم به مشرف البرنامج المحلي الذي يمتلك مقومات الدراية والمعرفة العامة بالاعتلالات والإعاقات حيث يقوم بزيارة الأسر الواردة في الدراسة المسحية بهدف الوقوف على دقة المعلومات الخاصة بالاعتلال واستبعاد الحالات المضللة واكتشاف الحالات المخفية التي لم يتم التبليغ عنها في الدراسة المسحية المبدئية وتهدف هذه الدراسة إلى الأعداد للدراسة التشخيصية الفردية من خلال تحديد الاعتلالات المبدئية حسب فئاتها ومستوياتها(نموذج 2).

12- 3 الدراسة التشخيصية المتخصصة :

وهي الدراسة التي يقوم بها مجموعة من المتخصصين بشكل فردي أو كفريق للتشخيص لإجراء المقابلة حسب الفئات الواردة في التصنيف المبدئي، وذلك بهدف تحديد الإجراءات والتدخلات التأهيلية اللازمة.

12- 4 تحديد الإعاقات :

من البديهي أن لا توفر نتائج الدراسة المسحية المبدئية معلومات دقيقة يمكن الاعتماد عليها في بناء البرامج والخدمات التأهيلية، لأسباب تتعلق بمنهجية الدراسة واختلاف الأحكام وتدني مستوى الخبرات المهنية لدى الباحثين، بل ان غاية ما يمكن ان تقدمه نتائج الدراسة المبدئية هو توجيه انتباه المخططين والمجتمع المحلي إلى احتمالية وجود مشكلة ترتبط بالاعتلال أكثر من كونها دراسة علمية للإعاقات في المجتمع، وبحيث تكون المعلومات المبدئية الواردة في الدراسة المسحية هدفا للتدخلات المتخصصة اللاحقة من فريق التشخيص لتحديد الاعتلال وتصنيفه بفئاته وحاجاته المختلفة.

12- 5 تصنيف الاعاقات :

وهي العملية التي يتم بموجبها تحديد الفئات النهائية للأشخاص المعوقين في المجتمع حسب السن والعمر والجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي والاجتماعي وأسباب الحدوث ومنطقة السكن إلى غير ذلك من المتغيرات التي يمكن أن تفيد في تخطيط البرنامج المجتمعي(النماذج 8،7،6،5،4،3).

12- 6 تحديد الحاجات التأهيلية الفردية والجماعية :

تفيد نتائج الدراسة التشخيصية في تحديد مواصفات وحجم مشكلة الاعاقة وحجمها، وتحديد مختلف المتغيرات المرتبطة بوجود الإعاقة ومسبباتها، وكذلك في تحديد الحاجات التأهيلية اللازمة على

مستوى الفرد المعوق والمجتمع بما يمهد السبيل لتخطيط أولويات البرنامج المحلي ضمن مفاهيم المشاركة والدمج والحقوق الانسانية.

تتركز أهمية البرنامج المجتمعي في مواجهة حاجات الفرد المعوق ضمن الإمكانيات المتاحة للمجتمع، والعمل على تطوير هذه الإمكانيات واستثمارها بهدف إدماج خدمات المعوقين ضمن نظام الخدمات السائدة. وهذا لا ينفي حاجة المعوق إلى بعض الإجراءات الخاصة بما يتلاءم مع ظروف الإعاقة وخصوصيتها. من هنا فإن الدراسة التشخيصية تفيد في تحديد حاجات الأشخاص المعوقين الفردية والجماعية، التي يقوم عليها تخطيط البرنامج وتحديد أولوياته في مواجهة هذه الحاجات الفردية والجماعية للأشخاص المعوقين في المجتمع.

12- 7 نشاطات برنامج التاهيل المجتمعي

تفيد خبرات التطبيق الى ان برنامج التأهيل المجتمعي يتضمن قائمة واسعة من النشاطات التي تستهدف تحسين ظروف الاعاقة بشكل مباشر وتتعامل مع البيئة التي يعيش فيها الشخص المعوق، واذا كان من الصعب تقديم قائمة حصرية بهذه النشاطات، إلا انها تتسع لتشمل كل ما من شأنه أن يحسن امكانيات استثمار القدرات الكامنة لدى الشخص المعوق باجراءات التاهيل المناسبة، وبما يعمل على تكييف الواقع الذي يعيش فيه الشخص المعوق، لما يتلاءم مع حاجات الاشخاص المعوقين في المجتمع، وتاليا نماذج من النشاطات والبرامج التي يقدمها برنامج التأهيل المجتمعي(الاطار19).

الاطار(19)

نشاطات برنامج التأهيل المجتمعي

- برامج تدريبية بيتيه خاصة بالمعوق
- برامج إرشادية وتدريبية للأسرة
- برامج تعليمية خاصة
- برامج تعليمية ادماجية
- برامج تدريبية مهنية وحرفية
- برامج تشغيلية توظيفية
- برامج توعية مجتمعية
- تأهيل طبي متخصص أو مساعد
- تأهيل نفسي واجتماعي
- أدوات تأهيلية مساعدة
- تعديلات المكان والبيئة
- برامج رياضية وترفيهية
- برامج ثقافية
- أخرى

من المهم التأكيد ان مواجهة مشكلات الإعاقة في المجتمع لا تستهدف الشخص المعوق وحاجاته فحسب، بل تستهدف الأسباب والنتائج المرتبطة بوجود الاعاقة، فعلى رغم أن الشخص المعوق هو محور الاهتمام بلا شك، الا ان اجراءات المواجهة تستهدف بناء المجتمع وثقافته ونشاطاته، وتهيئة الفرص التي تمكن الشخص المعوق من الاستفادة والمشاركة في الحياة العادية للمجتمع الذي يعيش فيه. وقد يكون من الضروري العمل على تحديد أولويات البرنامج اعتمادا على نتائج الدراسة المسحية للإعاقات، وتحديد الأسباب والتأثيرات المرتبطة بوجود الاعاقة، وتخطيط برامج الوقاية وإعادة التأهيل والفرص المتكافئة للمعوقين في

المجتمع، باعتبارها أهدافا يسعى البرنامج إلى تحقيقها وربطها ببرامج التنمية الشاملة والتشريعات السائدة في المجتمع.

13- معالجة النتائج

بعد هذا العرض للأساليب والإجراءات العلمية لاستكشاف مشكلة الإعاقة في المجتمع، من امهم التعامل مع هذه النتائج، ليس من منظور رقمي، بل لتخطيط البرنامج وفق الأسباب والفئات والحاجات والإمكانيات المتوفرة، فالدراسة المسحية لمشكلة الإعاقة في برنامج التأهيل المجتمعي، تهدف إلى تنمية الوعي الاجتماعي وتعزيز المشاركة المحلية وتدريب الأسر والمجتمعات على مواجهة متطلبات العمل مع الأشخاص المعوقين.

تميل معظم المؤسسات الرسمية إلى الحصول على البيانات والمعلومات المنظمة عن الاشخاص المعوقين، بواسطة الأساليب الإحصائية المعقدة، وغالبا ما تستعين هذه المؤسسات ببعض المراكز المتخصصة لإجراء هذه الدراسات، وتقديم النتائج الجاهزة التي يمكن استخدامها في وضع مقترحات التخطيط الوطني، الا أن منهجية وأهداف الدراسة الاحصائية للاعاقات في المجتمع، تتعدى مجرد تجميع البيانات حول اعداد الاشخاص المعوقين، بل تتعامل مع أهداف المشاركة والتوعية والتدريب وتحليل الواقع والظروف المحيطة بالإعاقة وخصوصيتها في المجتمع، وهو ما تفتقده الدراسة الإحصائية العامة.

ويهمنا تأكيد أهمية فهم المعلومات المرتبطة بالإعاقة وتفسير ظروف الاعاقة ومسبباتها ونتائجها، ولا يعني ذلك بالضرورة، التقليل من

أهمية تنظيم وتجميع البيانات، إلا أن الأهم هو التعامل مع المعلومات الخاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه المعوق وتحديد إمكانياته والتزاماته، نحو تطوير خدمات الأشخاص المعوقين من منظور مجتمعي إدماجي بعيدا عن التوقعات الخيالية التي يصعب تحقيقها لأسباب فنية أو اقتصادية أو تنموية.

14- تقييم المنهجيات الاحصائية المستخدمة:

تعتبر دراسة العينة السكانية أفضل الأساليب التي يمكن الاعتماد على صدقها لتقدير حجم مشكلة الإعاقة، ولكن تكاليفها الباهظة تدعو إلى عدم التوصية باتباعها خاصة في مجال التأهيل المجتمعي، وقد تبدو الدراسة المسحية البيتية أكثر ملاءمة للتطبيق في الدول النامية، لاعتمادها على الموارد والجهود والإمكانيات المحلية والمشاركة الفعالة من المجتمع.

(نموذج رقم 1)

نموذج الدراسة المسحية للإعاقات في المجتمع

المحافظة/الولاية/المنطقة :　　　　القرية أو المجتمع:

اسم رب الأسرة:　　　　رقم المنزل(إن وجد):

العنوان:　　　　رقم الهاتف(إن وجد):

الرقم	السؤال	نعم	لا	العدد
1	هل يعاني احد افراد الأسرة من صعوبات في يديه، أو رجليه ،او اي جزء من جسمه (صعوبات جسدية) ؟			
2	هل يعاني أحد افراد الأسرة من اية صعوبات بصرية ؟			
3	هل يعاني أحد افراد الأسرة من اية صعوبات في السمع أو النطق ؟			
4	هل يعاني احد افراد الأسرة من صعوبات في التعلم والسلوك الاجتماعي ؟			
5	هل يعاني أحد أفراد الأسرة من نوبات مرضية ؟			

تفصيلات الاعتلال

الرقم	الاسم	العمر	الجنس	الاعتلال
1				
2				
3				

ملاحظات:

....

....

اسم الباحث:　　　　وظيفته:

التوقيع:　　　　التاريخ:

(نموذج رقم 2)

استمارة التسجيل المبدئي للإعاقات في المجتمع

المحافظة/ المنطقة: **رقم الاستمارة:**

القرية أو المجتمع: **تاريخ التسجيل:**

1- المعلومات الشخصية :

الاسم: الجنس: ذكر ( ) أنثى ( )

العمر:( ) سنة – تاريخ الميلاد: اليوم ( ) الشهر( ) السنة (م)

الحالة الاجتماعية: أعزب( ) متزوج( ) مطلق( ) أرمل( ) أخرى( )

المستوى التعليمي:

أمي ( ) قراءة وكتابة بسيطة ( ) ابتدائي ( ) إعدادي ( ) ثانوي ( ) عالي( )

العنوان: الهاتف(إن وجد):

2- المعلومات عن الإعاقة:

الإعتلالات:

السمع: أصم ( ) صعوبة في السمع ( )

النطق: أبكم ( ) صعوبة في النطق ( )

البصر: كلي ( ) جزئي ( ) عين واحدة

التخلف العقلي:بسيط ( ) متوسط ( ) شديد ( )

الشلل/ الحالة الجسدية:

البتر :الأطراف السفلى: فوق الركبة ( ) تحت الركبة ( ) قدم( )

الأطراف العليا: فوق الكوع( ) تحت الكوع( ) اليد( ) الأصابع( )

النوبات و الصرع: متكرر( ) أحياناً( )

التشوهات:

الأمراض: - أخرى(حدد):

أسباب الإعاقة:

منذ الولادة ( ) وراثي ( ) حادث ( ) مرض ( ) حرب ( ) أخرى( )

درجة الإعاقة:

بسيطة ( ) متوسطة ( ) شديدة ( )

3- الخدمات التاهيلية السابقة

طبية: نعم ( ) لا ( )
نفسية / اجتماعية: نعم ( ) لا ( )
تعليمية: نعم ( ) لا ( )
مهنية /تشغيلية : نعم ( ) لا ( )
أخرى: (حدد)...............................

4 - الأجهزة التعويضية والمعينة:

دون مساعدة( ) بمساعدة ( ) بصعوبة ( )

5- التنقل

(أطراف صناعية) (سماعة) (نظارات) (كرسي عجلات) (سنادات) (أجهزة للمشي)(أخرى)

ضرورية متوفرة غير متوفرة
....

6- الاتصال:

دون صعوبة ( ) بمساعدة ( ) بصعوبة ( )

7- التاريخ المهني والوظائف السابقة :

....

8- اختيارات المعوق والاسرة:

تدريب مهني: .... مشروع خاص:...............................
وظيفة / عمل: .... أخرى:................................

9- جهة التحويل

الأهل( )مؤسسة تدريب مهني( )مدرسة عادية( )جمعية( )أخرى ( )

ملاحظات الباحث/المسجل :...

اسم الباحث والتوقيع: ....**التاريخ**.........................

(نموذج رقم 3)

توزيع الاعاقات في المجتمع حسب الجنس و نسبة الشيوع

المنطقة:.............................. القرية/ المجتمع:...................

الجنس	نسبة شيوع الفئة	ذكور	إناث	المجموع الكلي	
الفئة		النسبة الفرعية	العدد	النسبة الفرعية	العدد
الإعاقات الجسدية					
البصرية					
السمعية و النطقية					
التخلف العقلي					
السلوك الشاذ والنوبات المرضية					
اخرى					
المجموع					

(نموذج رقم 4)

توزيع الإعاقات في المجتمع حسب العمر والجنس

المنطقة:................................ المجتمع: ....

الإعاقة والجنس	الجسدية		البصرية		السمعية و النطق		التخلف العقلي		السلوك الشاذ		أخرى		المجموع	
العمر	ذكور	إناث	ذكو	إناث	ذكو	إناث	ذكو	إناث	ذكو	إناث	ذكو	إناث	ذكو	إناث
صفر- 2 سنة														
2- 6 سنة														
6- 15 سنة														
15- 40سنة														
40 فما فوق														
المجموع														

(نموذج رقم 5)

توزيع الإعاقات في المجتمع حسب الوضع الاجتماعي

للبالغين فوق سن 18 سنة

المنطقة: .... المجتمع: ....

الوضع الاجتماعي و الجنس	أعزب / عزباء		متزوج / متزوجة		مطلق / مطلقة		ارمل / أرملة		المجموع
الإعاقة	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
الجسدية									
البصرية									
السمعية والنطقية									
التخلف العقلي									
السلوك الشاذ والتوبات المرضية									
اخرى									

المجموع									

(نموذج رقم 6)

توزيع الإعاقات في المجتمع

حسب الحاجات التأهيلية

المنطقة: .... المجتمع: ....

الحالة التأهيلية / الإعاقة	طبي	تعليمي	نفسي واجتماعي	تدخلات طبية لاحقة	مهني وتشغيلي	معينات	المجموع
الجسدية							
البصرية							
السمعية والنطقية							
التخلف العقلي							
السلوك الشاذ والنوبات							

المرضية							
أخرى							
المجموع							

(نموذج رقم 7)

توزيع الإعاقة في المجتمع حسب المستوى التعليمي

المنطقة: ....

المجتمع: ....

المستوى التعليمي / الإعاقة	أمي	مستوى ابتدائي	مستوى إعدادي	مستوى ثانوي ومهني	التعليم العالي	المجموع
الجسدية						
البصرية						
السمعية والنطقية						
التخلف العقلي						
السلوك الشاذ والنوبات المرضية						

أخرى						
المجموع						

(نموذج رقم 8)

توزيع الإعاقة في المجتمع

حسب أسبابها

المنطقة: ....

المجتمع: ....

الاعتلالات / الأسباب	الجسدية	البصرية	السمعية والنطقية	التخلف العقلي	السلوك الشاذ والنوبات المرضية	أخرى	المجموع
ولادية							
حوادث							
أسباب مرضية							
حروب							

منذ الولادة							
غير معروفة							
المجموع							

الفصل السابع

بناء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي

الفصل السابع

بناء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي

1- تقديم

عادة ما تبدأ فكرة استحداث برنامج التأهيل المجتمعي من الحكومة المركزية في إطار الخطة الوطنية للتنمية، إلا أن من الممكن أن تأتي الفكرة من خلال مبادرة المجتمع المحلي، أو من إحدى المنظمات غير الحكومية المحلية أو الدولية المهتمة بدعم برامج التنمية المحلية. وأيا تكن الجهة المبادرة لاستحداث البرنامج، فإن الأهم هو أن يكون البرنامج جزءا من حركة التغيير والتطوير لواقع الخدمات الموجهة نحو حاجات الأشخاص المعوقين، وأن يقوم على مبدأ المشاركة والتفاعل بين مختلف البرامج التنموية في مجتمع واعي ومنظم يمتلك سلطة اتخاذ القرار في كل ما يتعلق بالتخطيط والتنظيم والإدارة والتسيير والتقييم لبناء البرنامج.

2- مستويات تخطيط بناء البرنامج المجتمعي

ذكرنا فيما سبق أهمية الاستحداث الريادي التجريبي في بناء برنامج التأهيل المجتمعي، وتتركز أهمية المرحلة الريادية في إتاحة الفرصة أمام المخططين لتقييم الإجراءات والاستراتيجيات المستخدمة، بما فيها تحديد مشكلة الإعاقة وحجمها ومواصفاتها وأولويات مواجهتها، وكذلك توعية المجتمع وتنظيمه وتبرير الحاجة لإنشاء المركز المجتمعي واختيار العاملين وتدريبهم واستحداث الخدمات وبناء العلاقات مع جهات التحويل وتقييم النتائج، وغيرها من النشاطات

المتضمنة في البرنامج الدائم، فالمرحلة الريادية هنا تهدف إلى تبرير اختيار المكان والنشاطات وتحديد الوسائل والاستراتيجيات من خلال أسلوب المحاولة والخطأ، والوقوف على الوسائل الناجحة لاعتمادها وتحيد السلبيات لتجنبها في تخطيط وبناء البرنامج الدائم.

يبدأ التفكير في استحداث البرنامج المجتمعي من خلال مجموعة من الأشخاص المعوقين أو يكون فكرة لبعض الأفراد المهتمين في مواجهة مشكلة الإعاقة في المجتمع، ,من الممكن أن يكون انعكاسا لتوجهات السياسة الحكومية لتطوير البرامج التنموية الموجهة نحو الأشخاص المعوقين، ومهما تكن مرجعية الاستحداث، فان من المهم أن يكون البرنامج في مراحله الريادية أو الدائمة جزءا من التفكير الوطني، وترجمة لتخطيط مدروس حول الأهداف التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها وتحديد الوسائل والاستراتيجيات التي يستخدمها في تحقيق الأهداف المرسومة.

قبل عرض الخطوات الإجرائية لبناء برنامج التأهيل المجتمعي، هناك مستويان لتخطيط البرنامج، أحدهما يتعلق ببناء البرنامج على المستوى المحلي. والآخر يتعلق بالمستوى الحكومي والوطني، ولكل من هذين المستويين خطواته الإجرائية التي يسعى المخططون موائمتها مع التركيب الثقافي والاجتماعي والاقتصادي لواقع التطبيق، وبما يفيد تدعيم السياسات والخطط الوطنية في هذا المجال.

3- خطوات بناء برنامج التأهيل المجتمعي على المستوى المحلي:

هناك العديد من الخطوات المتضمنة في بناء برنامج التأهيل المجتمعي، ورغم صعوبة تحديد خطوط فاصلة بين هذه الخطوات، إلا أن

عرضها بطريقة تدرجية هو لهدف إجرائي يرتبط بنشاطات المراحل المختلفة لبناء البرنامج، وهذه الخطوات هي:

الخطوة الأولى: التوعية المحلية

إن إثارة وعي أفراد المجتمع للاهتمام بالأشخاص المعوقين وحاجاتهم هي عملية مستمرة ولا ترتبط بمرحلة معينة من مراحل بناء البرنامج، من هنا يحرص المخططون على ابتداع الوسائل والاستراتيجيات التي تعمل على تنمية وعي المجتمع المحلي نحو البرنامج وأهدافه ونشاطاته، وتعزز المشاركة المحلية في تخطيط وتنفيذ وتقييم النشاطات الهادفة إلى تحسين واقع الأشخاص المعوقين في المجتمع.

تهدف توعية المجتمع المحلي في مرحلة استحداث البرنامج إلى استثارة اهتمام المجتمع وتعزيز الدوافع الاجتماعية والترويج لفكرة البرنامج وأهدافه، وعادة ما يتحقق ذلك بتعريف المجتمع على المضامين الأساسية المرتبطة بالإعاقة، ويكون ذلك بالتعرف على:

- أن الإعاقة ظاهرة عامة في كل المجتمعات.
- أن هناك طرق مبسطة لتدريب وتعليم المعوقين، تحقق لهم قدرا من الاستقلالية والدمج.
- عدم حاجة المجتمع لبناء المؤسسات المتخصصة لتأهيل الأشخاص المعوقين.
- عدم حاجة المجتمع لمبادرة تأتيه من الخارج لبدء برنامجه، حيث يمكنه الاعتماد على موارده الذاتية المحلية لعملية البدء.

تدلنا خبرات التجارب الميدانية في بناء برنامج التأهيل المجتمعي إلى فشل بعض التطبيقات في العديد من دول العالم، ويعود هذا الفشل في مجمله إلى إهمال دور التوعية المسبقة للمجتمع المحلي حول أهداف البرنامج واستراتيجياته التطبيقية، ودون تحليل لواقع الخدمات الأساسية القائمة في المجتمع، حيث يبدأ تسجيل الأشخاص المعوقين المستهدفين على أمل توفير الخدمات التي لم تأتي، وهو ما يكون سببا لزيادة المعاناة والإحباط للمعوقين وأسرهم، وهنا فان من المهم أن يبدأ المجتمع برنامجه للتوعية متزامنا مع استحداث الخدمات مهما كانت متواضعة أو بسيطة، لكنها تقدم الدليل العملي على صدق التوجه وجديته في تطوير برنامج لخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في المجتمع.

يقوم برنامج التوعية في المجتمع على مكونات الخصوصية الثقافية والحضارية للمجتمع المستهدف، وهنا لا بد من تحليل الواقع و تحديد الوسائل المناسبة لتوعية المجتمع نحو أهداف البرنامج، فقد تتم التوعية عن طريق المناقشات المفتوحة داخل المجتمع أو من خلال الندوات والمحاضرات أو بدعوة المتخصصين الزائرين، أو عن طريق الإعلام المرئي والمقروء، وكذلك المنشورات المكتوبة لتوزيعها في المؤسسات والأماكن العامة أو من خلال المساجد والنوادي والتجمعات، أو باستثمار نجاح أحد الأشخاص المعوقين لتقديمه للمجتمع كنموذج لجدوى التأهيل وأهميته في تحسين فرص الحياة والعمل.

الخطوة الثانية: بدء البرنامج

من المهم قبل اتخاذ قرار بدء البرنامج المجتمعي، أن يكون المجتمع على معرفة بالنشاطات التي يتوجب عليه تنفيذها والطريقة التي

تنفذ بواسطتها، ويتضمن ذلك البدء بتشكيل الإدارة المحلية للبرنامج وتحديد الموارد البشرية والمادية اللازمة لبدء النشاطات وتقييم تلك المتوفرة في المجتمع المحلي وطرق استثمارها.

تعتمد البداية الناجحة للبرنامج على تحليل الخصائص الاجتماعية والثقافة السائدة في المجتمع والتسهيلات التنموية الأخرى القائمة، وغالبا ما تتأثر البداية بمواقف المجتمع وأولوياته، فقد تتوجه أولويات المجتمع نحو تحسين الظروف الاقتصادية وتوفير التعليم والصحة وخدمات التأهيل المهني والتشغيل، وهنا فان البدء بنشاط لا يمثل أولوية للمجتمع، يكون مصيره الفشل، ويبدو متعارضا مع فلسفة البرنامج في تمكين المجتمع من اتخاذ قراراته.

مما سبق فقد يكون مهما لبداية ناجحة لبرنامج التأهيل المجتمعي، أن يبدأ في مجتمع تتوفر فيه العديد من البرامج التنموية الناجحة، بحيث يبدو برنامج التأهيل باعتباره استكمالا ورافدا للخدمات التنموية التي يحتاجها المجتمع، أما إذا قام برنامج التأهيل المجتمعي باعتباره البرنامج الوحيد أو الذي لا يمثل أولوية للمجتمع فان مصيره المحتوم هو الفشل.

الخطوة الثالثة: تعبئة المجتمع

يتركز مفهوم تعبئة المجتمع حول تنمية المشاركة الشعبية نحو إحداث تغييرات في المجتمع المحلي، وذلك بمساهمة الفرد بالاشتراك مع أفراد آخرين أو مجموعات أخرى لإنجاز التغيير المنشود، وبما يوفر فرصة للمشاركة في صياغة أهداف التنمية وضبطها وتحديدها.

بعد اتخاذ قرار بدء برنامج التأهيل المجتمعي للأشخاص المعوقين، لا بد من تحديد الموارد الضرورية اللازمة للبرنامج والتي يمكن توفيرها من خلال الموارد والإمكانيات المحلية، وهنا فان من المهم أن يتم تحديد هذه الموارد بالتوافق مع المجتمع المحلي ومن خلال إحساس المجتمع بمسؤوليته نحو البرنامج ودون أن يكون توفير مثل هذه الموارد سببا في معاناته أو على حساب أولوياته الأخرى، وتشمل:

- توفير الكوادر البشرية اللازمة مثل المشرف المحلي والعاملين المحليين والمتطوعين وتحديد المخصصات المالية التي ستدفع لهم.
- تحديد وتوفير الموارد الضرورية لتدريب العاملين المحليين.
- توفير المساهمات اللازمة لتغطية نفقات التعليم أو التدريب للمعوقين.
- توفير التمويل اللازم لإجراء التعديل المكاني والجغرافي لتسهيل التواصل ما بين المعوق والمجتمع.
- تحديد مساهمات المجتمع المحلي بالمال والجهد لتغطية تكاليف الاستحداث.

الخطوة الرابعة: التنظيم الإداري المجتمعي

لكل مجتمع أسلوبه الخاص في الإدارة والتنظيم، وله تنظيماته وشبكة علاقاته التي تميزه عن غيره، فهناك بعض المجتمعات التي تتوفر فيها منظمات مهنية وجمعيات للنساء والفلاحين والشباب والطلاب

والعمال والمعوقين ومجالس الشعب إلى غير ذلك من التنظيمات والتجمعات، ويمكن لبرنامج التأهيل المجتمعي أن يستفيد من هذه التنظيمات في تشكيل اللجنة المحلية أو لجنة البرنامج أو مجلس المجتمع أو أي مسمى آخر يعبر عن تمثيل المجتمع في إدارة وتسيير البرنامج، ولا بد أن يكون للأشخاص المعوقين وأسرهم تمثيل مناسب في مثل هذا التشكيل، بالإضافة إلى ما يمكن أن يوفره وجود الوجهاء والمتعلمين وغيرهم من أصحاب النفوذ من تفعيل المشاركة المحلية

الخطوة الخامسة: تنفيذ البرنامج

بعد استكمال التشكيل الإداري للبرنامج، تقوم اللجنة بتعيين مشرف البرنامج وكوادره المحلية وتدريبهم، وغالبا ما يستهل البرنامج نشاطاته بإجراء دراسة مسحية أولية للمعوقين في المجتمع بواسطة المشرف والعاملين المحليين وبعض المتطوعين، وعادة ما يبدأ البرنامج بالعمل مع مجموعة من ذوي الإعاقات البسيطة بهدف الحصول على نتائج مشجعة للمجتمع المحلي، ومن المستحسن أن لا يزيد عدد المعوقين المستهدفين لخدمات البرنامج في المرحلة الأولى عن عشرة معوقين، كي لا يكون العدد الزائد عبئا على المشرف والعاملين المحليين أو أن يجدوا أنفسهم في موقف التعاطي مع حاجات لا يملكون خبرة فيها، إلا انه يمكن زيادة الأعداد المشمولين بنشاطات البرنامج وبشكل تطوري مع تنامي الخبرة لدى العاملين.

أما فيما يتعلق بفئات الإعاقة المستهدفة، فان هدف البرنامج هو توفير الخدمات التاهيلية لجميع الأشخاص المعوقين في المجتمع. إلا أن من المستحسن البدء مع الفئات والخدمات التي يمكن للمجتمع المحلي أن

يساهم فيها وبحيث تكون الخدمات والفئات الأخرى التي تتطلب حدودا من الخبرة أو المهارة، فتأتي في مرحلة لاحقة من عمر البرنامج، اعتمادا على الدعم الفني والتدريب الذي يمكن أن يوفره البرنامج للعاملين المحليين.

الخطوة السادسة: تحديد مراكز الإحالة

يستطيع المجتمع المحلي أن يوفر ما يزيد عن 75٪ من حاجات الأشخاص المعوقين من خلال موارده الذاتية، إلا أن هناك الكثير من الخدمات التاهيلية المرتبطة بأدوار مؤسسات التأهيل المتخصص خارج المجتمع التي لا يمكن للبرنامج المحلي استحداثها أو إدارتها من خلال موارده المحدودة، وتشمل:

- المراكز الصحية والمستشفيات ومراكز الخدمات الطبية المساندة التي تقدم خدمات التشخيص والمداخلات الطبية والجراحية والعلاجية.
- إدارات التربية والتعليم التي تقدم خدمات الدمج التعليمي للأشخاص المعوقين في المدارس.
- المراكز الاجتماعية للمساعدة في حل المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والشخصية.
- مكاتب العمل لتوفير فرص التدريب والتشغيل للأشخاص المعوقين.
- المؤسسات الخاصة للمعوقين لتوفير الاحتياجات التعليمية والتدريبية.

الخطوة السابعة: التقييم المحلي للبرنامج

يعتبر التقييم الدوري لإنجازات البرنامج، أحد أهم العناصر المتضمنة في بناء البرنامج المجتمعي، حيث يفيد التقييم في تحديد مواقف النجاح لتعزيزها ويبن مواقف الإخفاق لمواجهتها والتخفيف من آثارها، ويفيد التقييم أيضا في تحديد صعوبات التنفيذ خلال فترة معينة من التطبيق وفي إعطاء الأحكام حول فاعلية البرنامج في إحداث التغيير المطلوب نحو المشاركة الاجتماعية وتحسين حياة المعوقين وأسرهم واستثمار الموارد المحلية وتحقيق الكرامة والتكيف والدمج. ويبين الإطار(20) العناصر الأساسية في تقييم البرنامج المجتمعي:

الإطار (20)

العناصر الأساسية في تقييم البرنامج المجتمعي

أولا: الملاءمة Relevance

مدى ملاءمة البرنامج في تلبية احتياجات الأشخاص المعوقين وأسرهم والمجتمع، ومدى استمرار ملاءمة البرنامج لغرض استحداثه.

ثانيا: الفعالية Effectiveness

وذلك بتحديد مدى فعالية البرنامج في تحقيق أهدافه في ما يتعلق بنوعية الخدمات المقدمة وإعداد الأشخاص المعوقين المستفيدين من خدمات البرنامج.

ثالثا: الكفاية Efficiency

لتحديد كيفية استثمار واستخدام الموارد المتوفرة للبرنامج المحلية منها والخارجية بدرجة من الكفاية والاستخدام الأمثل.

رابعا: الاستمرارية Sustainability

بالكشف عن مدى قدرة المجتمع بموارده المحلية أن يستمر في إدارة البرنامج في حالة توقف الدعم الخارجي.

خامسا: التأثير Impact

بتحديد التأثير الذي أحدثه البرنامج نحو تحسين موقف أفراد المجتمع نحو الأشخاص المعوقين، ومدى مشاركته في الفعاليات والنشاطات الاجتماعية، ومدى تحسين إمكانيات الوصول والاستفادة من الخدمات العامة في المجتمع.

4- خطوات بناء برنامج التأهيل المجتمعي على المستوى الوطني

الخطوة الأولى: البحث عن المجتمع المحلي

عندما تتبنى الحكومة منهجية التأهيل المجتمعي باعتبارها إحدى الاستراتيجيات الهامة في مواجهة مسؤولياتها اتجاه مواطنيها من المعوقين، فإنها تبدأ بالبحث عن المجتمعات المثالية لبدء تطبيقات ريادية في بعض المناطق الجغرافية، ولهذا الغرض تقوم بتعيين شخص أو فريق عمل للاتصال بالمجتمعات المحلية في مناطق مختلفة بهدف جمع المعلومات حول الواقع الثقافي والاجتماعي للمجتمعات المستهدفة، وقد تعمد الحكومة إلى إعداد استمارة خاصة بجمع المعلومات الضرورية حول واقع الإعاقة والظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمجتمعات، حيث يتم توزيعها على العديد من المجتمعات وفي أنحاء مختلفة من البلاد، وبتحليل المعلومات الواردة في الاستمارات يتم تصنيفها واختيار مجموعة منها كمجتمعات مستهدفة للدراسة المتخصصة الميدانية بواسطة الفريق أو الهيئة الاستشارية المعينة، حيث يقوم الفريق بتقديم توصياته حول البدء باستحداث البرنامج المجتمعي بصيغته الريادية أو التطبيقية في منطقة معينة، اعتمادا على معطيات دراسة وتحليل واقع المجتمعات المستهدفة لتطبيق البرنامج المجتمعي0

الخطوة الثانية: تنمية الوعي بمشكلة الإعاقة في المجتمع

تعمل الحكومة على تنمية الوعي العام حول مشكلة الإعاقة في المجتمع ووسائل مواجهتها والحد من تفاقمها وتأثيراتها على الأسرة والمجتمع، ويتم التركيز على تعزيز المشاركة في توفير المعلومات

وتخطيط النشاطات وتنفيذها، وهنا فقد يكون ضروريا أن تعمل الحكومة على استحداث هيئة متخصصة في شؤون الإعلام والتوعية في مجال الإعاقة، وتكون مهمتها في تقديم الأفكار والمقترحات الهادفة إلى تنمية الوعي العام في مجال الإعاقة وحاجاتها، وتحديد الاستراتيجيات المناسبة لتحقيق مبدأ الدمج والمساواة للأشخاص المعوقين في المجتمع، وتشمل نشاطات هذه المرحلة:

- تحديد مشكلة الإعاقة في المجتمع؛ حجم المشكلة، أسبابها، تطورها، ومناطق شيوعها وتأثيرها على الأسرة والمجتمع، وتحليل واقع المعوقين الاجتماعي والاقتصادي.
- استعراض السياسات والقوانين والتشريعات المتوفرة في مجال الإعاقة، ومدى الحاجة إلى تعديلها أو تطويرها.
- استعراض الخدمات والتسهيلات القائمة؛ ومدى ملاءمتها وفاعليتها وكفايتها، وعدد المستفيدين وتكلفتها ونوعها وأهدافها.
- واقع البيئة وتسهيلاتها وصعوباتها في توفير أسباب الدمج للأشخاص المعوقين.

تقوم التوعية على ثقافة وتراث المجتمع نفسه، وغالبا ما تكون المعلومات المحصلة من تحليل الواقع، مادة لوسائل الإعلام المرئية والمقروءة والمسموعة، وتنظيم اللقاءات والندوات وتوزيع الكتيبات والمنشورات واستثمار دور العبادة ورجال الدين والمفكرين والكتاب، وكذلك الاستشهاد بنماذج ناجحة لأشخاص معوقين في المجتمع.

الخطوة الثالثة : تحديد خدمات التحويل التاهيلية

- في إطار التنظيم الوطني لبناء البرامج والخدمات التاهيلية للأشخاص المعوقين، تسعى الحكومة إلى استقطاب المشاركة القطاعية وعلى مختلف المستويات لتوفير الخدمات التاهيلية المتخصصة التي لا يستطيع المجتمع المحلي توفيرها من خلال موارده المحدودة. وفي هذا السياق تقوم الحكومة من خلال مؤسساتها المسئولة بإجراء مراجعة شاملة لجميع الخدمات التنموية القائمة، وتشمل الخدمات الصحية والتربوية والاجتماعية أو ما يشابهها التي قد تتم الاستعانة بها في المستقبل. ويتم الاتفاق مع كوادر هذه المراكز بالتنسيق مع الإدارات المعنية، للمساهمة في تنفيذ نشاطات البرنامج، كما يجب تهيئة الموارد البشرية والفنية لتقديم الدعم الإداري مستقبلا على المستويين المحلي والوطني، إضافة إلى البرامج التنموية العادية يتم الاتصال والتنسيق مع المؤسسات والمعاهد الخاصة للمعوقين للاتفاق على أدوار المشاركة المستقبلية في بناء البرنامج المجتمعي. وقد يكون من المفيد عرض وتقييم واقع التسهيلات التحويلية المتوفرة في تحديد مدى فاعليتها وكفايتها في مواجهة حاجات التأهيل، وهو ما يمكن أن يوجه أولويات التخطيط المستقبلي لبناء مؤسسات التخصص بمستوياتها المختلفة.

الخطوة الرابعة: إعداد ميزانية الدعم الحكومية

يتطلب تنفيذ البرنامج دعما ماليا حكوميا لتنفيذ نشاطات البرنامج، وقد يكون ضروريا أن تعمل الحكومة على إعادة توزيع بنود الإنفاق في مجال تأهيل المعوقين أو أن تقوم بتخصيص بند في الموازنة

الحكومية لتطوير البرنامج المجتمعي. ومن المفيد في هذه المرحلة أن تعمل الحكومة على إعداد وتعديل ميزانياتها، اعتمادا على تحليل الواقع ومصادر التمويل المتوفرة، واتخاذ الإجراءات الإدارية لتغطية التكاليف المتوقعة في لتطوير الخدمات التاهيلية على المستوى الوطني.

الخطوة الخامسة: تنظيم الهيكل الإداري

من المهم أن تحدد الحكومة الإطار الإداري والتنظيمي لبناء برنامج وطني للتأهيل المجتمعي، من خلال إشراك سائر القطاعات الرسمية والشعبية في تخطيط وتنفيذ إجراءات التأهيل، وأن تعمل على تحديد الأدوار والمسؤوليات القطاعية المختلفة من خلال مرجعية وطنية عليا لرسم السياسات وتحديد الأدوار وتخطيط الأولويات. ويكون ذلك من خلال تشكيل اللجنة الوطنية أو المجلس الوطني لتأهيل الأشخاص المعوقين. وغالبا ما يتم تشكيل هذا الإطار الوطني من المؤسسات الحكومية والأهلية ذات العلاقة وبتمثيل مناسب للأشخاص المعوقين وأسرهم ومنظماتهم. وهناك بعض المهام الأساسية لهذا الإطار الوطني، كما في الإطار(21).

الإطار (21)

المهام الأساسية للمجلس الوطني لرعاية وتأهيل المعوقين

- *المساهمة في رسم السياسات والاستراتيجيات والخطط الحكومية.*
- *تنظيم إطار من التنسيق بين مختلف الجهات الحكومية والأهلية.*
- *بلورة مقترحات القوانين والتشريعات الحكومية، ومتابعة استصدارها.*
- *تشجيع المبادرات المحلية ودعم العمل الأهلي في ميدان تأهيل المعوقين.*
- *المساهمة في التخطيط الحكومي في مجال تأهيل المعوقين.*
- *تنظيم نشاطات تحسين الوعي الاجتماعي نحو المعوقين وخدماتهم.*
- *تشجيع المبادرات الحكومية والأهلية الهادفة إلى دمج المعوقين في المجتمع*
- *تنظيم الخطط الوطنية لتأهيل المعوقين في إطار التخطيط الحكومي الشامل.*
- *تشجيع ودعم الدراسات والبحوث الموجهة نحو تحسين واقع المعوقين.*
- *تنظيم الدورات والنشاطات التدريبية للعاملين والمهتمين بتأهيل المعوقين.*
- *استحداث مشروعات لإدرار الدخل لتشغيل المعوقين واللجنة الوطنية.*
- *العمل على بناء علاقات من التعاون مع المنظمات الإقليمية والدولية.*
- *متابعة تنفيذ الالتزامات الحكومية فيما يتعلق بحقوق المعوقين.*
- *تنظيم الدورات والنشاطات الإعلامية والتثقيفية حول الإعاقة وحاجاتها.*
- *الإشراف على إدارة الموارد المخصصة بالقانون لخدمات تأهيل المعوقين بما فيها موارد الصندوق الوطني للتأهيل ومشروعات توليد الدخل الأخرى.*
- *المشاركة في إجراءات تقييم انجازات البرامج الحكومية والأهلية.*

الخطوة السادسة: تدريب الكوادر

بعد تحديد وتطوير الإطار الإداري للبرنامج الوطني للتأهيل المجتمعي، تعمل الحكومة على اختيار وتعيين المدير أو المنسق الوطني والكوادر اللازمة للبرنامج، وتحديد ادوار القطاعات المرتبطة بتنفيذ نشاطات البرنامج على مختلف المستويات. وهنا تعمل الدولة على تصميم خطة لتدريب الكوادر في إطار الخطة الوطنية للبرنامج، بما يفيد إعداد الكوادر المؤهلة واللازمة لتنفيذ الأهداف.

كثيرا ما تكون الخبرات المحلية اللازمة للتدريب غير مؤهلة للتعامل مع إجراءات التطبيق الملائمة في مجال الاستحداث والتسيير لنشاطات البرنامج. وهنا فقد يتم الاستعانة بالخبرات الخارجية المؤهلة، أو بإيفاد الكوادر الوطنية المستهدفة للتدريب في الخارج. ومهما تكن الإستراتيجية المتبعة للتدريب، فالمهم أن تعكس المضامين الأساسية للخطة الوطنية، في مجالات التدريب وإعداد المدربين والنشاطات المستهدفة للتطوير والاستحداث.

يشمل برنامج تدريب الكوادر مختلف النشاطات المرتبطة بإدارة وتسيير البرنامج المستحدث، بما فيها تدريب مدير البرنامج والمشرفين على مختلف المستويات، ويمكن تنظيم الدورة التدريبية الأولى بالاستفادة من الخبرات الوطنية في هذا المجال، ليتبعها دورات تدريبية متخصصة حسب المهام والنشاطات المتضمنة في الخطة الوطنية لبناء البرنامج المجتمعي.

الخطوة السابعة: التنفيذ

بانتهاء الدورة التدريبية الأولى للكوادر، يمكنهم البدء بالعمل مع المجتمع. ويجب تأكيد مشاركة المجتمع المحلي في تنفيذ نشاطات البرنامج، وأن لا يجد المجتمع نفسه مجرد متلق للخدمات كما في الأسلوب التقليدي. كما يجب إجراء تقييم للبرنامج بعد مدة محددة لتكييف خطوات التنفيذ ومواءمتها لواقع الإعاقة وحاجاتها، بحيث تعكس نتائج التطبيق خصوصية الواقع الثقافي والاقتصادي للمجتمعات بما يفيد في تحديد الملامح الرئيسية لخطة وطنية لتنمية المجتمعات، التي يشكل تأهيل الإعاقة محورها وهدفها النهائي.

تفيد خبرات التطبيق في العديد من بلدان العالم إلى أن الكثير من البرامج قد تعرضت لنكسة حادة، وقد انعكست نتائجها السلبية على المفهوم والمخططين والمعوقين على حد سواء، لأسباب تتعلق بالتطبيق العشوائي، دون تحليل موضوعي للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لذلك البلد. ولتجنب أسباب الفشل، من المفيد أن يبدأ التطبيق باستحداث مشروع ريادي تجريبي في إحدى المناطق المختارة، لفترة زمنية محددة بسنة إلى سنتين، بهدف الوقوف على عوامل النجاح والفشل، وبما يفيد في تعميم نجاحات التطبيق الريادي إلى التطبيق على المستوى الوطني، وبما يمكن أن يساهم في تحديد ملامح الخصوصية لتطبيقات المنهجية المجتمعية لتأهيل الأشخاص المعوقين في ذلك البلد.

الخطوة الثامنة: المراقبة والتقييم

يهدف تقييم برنامج التأهيل المجتمعي إلى تحديد الإنجازات والصعوبات ومواقف القوة والضعف في تطبيق نشاطات البرنامج خلال فترة زمنية معينة، وبما يفيد في الحكم على فاعلية البرنامج في إحداث التغيير نحو المشاركة الاجتماعية والتنظيم والتنسيق الوطني وتحسين حياة المعوقين وأسرهم، وإلى تحقيق أهداف الكرامة الإنسانية والمساواة في الحقوق والمسؤوليات، وبما يفيد في إعادة التخطيط لمستقبل البرنامج في مراحله اللاحقة.

ويتركز تقييم البرنامج المجتمعي حول العناصر الخمسة التالية:

- **الملاءمة** للهدف والاستراتيجية.
- **الفاعلية** في تحقيق أهداف البرامج للمعوقين في المجتمع.
- **الكفاءة** في استخدام الموارد والتسهيلات القائمة في المجتمع.
- **الاستمرارية والديمومة** لنشاطات البرنامج على المدى البعيد.
- **التأثير** في تغيير حياة المعوقين في مجتمعاته.

ملاحظة: يمكن الرجوع للفصل الثالث من هذا الكتاب، لمزيد من التفصيل حول الموضوع.

الخطوة التاسعة: صياغة الخطة الوطنية

بانتهاء التطبيق الناجح القائم على تقييم موضوعي لانجازات المرحلة الريادية في تطبيق منهجية التأهيل المجتمعي، فقد تتبنى الدولة المنهجية المجتمعية كأحد استراتيجياتها المعتمدة في مواجهة مسؤولياتها نحو بناء البرامج والخدمات في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين في المجتمع. وقد تتوجه الحكومة الى تعيين لجنة لإعداد وتنظيم خطة وطنية

تعكس السياسة الحكومية في هذا الميدان، بما تشمله من تنظيم واهداف وأولويات واستراتيجيات وكوادر وميزانيات وأدوار التنسيق القطاعي على المستويين الرسمي والشعبي.

من المهم بداية أن يتم تأكيد أن الخطة الوطنية لا تمثل إطارا ملزما لا يمكن الخروج عن حدوده ومعالمه، بل يجب اعتبارها موجها لأولويات البناء الوطني خلال فترة زمنية معينة، وبما يستدعي بالتالي إعادة مراجعتها خلال مراحل زمنية متفاوتة.

تشمل الخطة الوطنية العديد من العناصر المتضمنة، وسيعرض الكتاب لتلك العناصر بشيء من التفصيل في الفصل اللاحق.

الخطوة العاشرة : الاستمرارية في تحفيز المجتمع

الإعاقة موجودة وقائمة بوجود الحياة، ويتركز دور الحكومة على الاستمرار في تعزيز وتحفيز دور المجتمعات المحلية في تحسين مستوى حياة أعضائها من المعوقين، وتقبلهم ودمجهم في حياة المجتمع، وكذلك تحفيز أدوار الأطراف المشاركة في البرنامج وعلى مختلف المستويات في الداخل والخارج. وتستمر فعالية برنامج التأهيل في المجتمع المحلي باستمرار الاهتمام الرسمي والشعبي في دعم أهداف البرنامج ونشاطاته، فهو ليس برنامجا مرحليا لفترة معينة، بل نشاط مرتبط بوجود الإعاقة في المجتمع.

الفصل الثامن

التخطيط الوطني للتأهيل المجتمعي

الفصل الثامن

التخطيط الوطني للتأهيل المجتمعي

1- مقدمة حول التخطيط الوطني

يشير واقع خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في العديد من بلدان العالم إلى أن هناك القليل من الدول التي تعتمد التخطيط في بناء وتنفيذ برامجها، حتى تلك الدول التي يحدث أن تكون لديها خططها الوطنية في ميدان تأهيل المعوقين، فإنها تقوم على منظور فردي ولا تعكس منظورا تكامليا في مشاركة القطاعات المختلفة ذات العلاقة بخدمات التأهيل، وذلك انطلاقا من الربط التقليدي لخدمات الأشخاص المعوقين بالقطاع الاجتماعي، وهنا يصعب تحقيق أهداف الدمج والمساواة التي تمثل ركائز التوجهات الحديثة في ميدان تأهيل المعوقين.

تبدأ الدولة خططها الوطنية لبناء برنامج التأهيل المجتمعي بتطوير آلية تنسيق وطنية تضمن مشاركة القطاعات التنموية ذات العلاقة بخدمات تأهيل المعوقين كالبرامج الحكومية والمؤسسات الأهلية، وكذلك الأشخاص المعوقين ومنظماتهم، وذلك للتنسيق فيما بينها وإشراكها في بلورة الخطة الوطنية للتأهيل، وهو ما يعزز مفاهيم المسؤولية التشاركية في التنفيذ.

2- بناء الخطة الوطنية للتأهيل

تملك الحكومة قرار البدء بإعداد الخطة الوطنية للتأهيل، إلا أن من المهم يتم استدراج مثل هذه الخطة في إطار التخطيط التنموي الشامل، وان تؤخذ في الاعتبار عند إعداد الموازنة العامة للتنمية، وإلا أصبحت مجرد وثيقة لا تستحق الجهد المبذول في إعدادها.

هناك العديد من الطرق التي يمكن إتباعها في إعداد الخطة الوطنية لتأهيل الأشخاص المعوقين، فهناك الأسلوب الشائع الذي تعتمده الكثير من الدول، بتكليف أحد الخبراء بإعداد خطة وطنية لاعتمادها على المستوى الرسمي، وإصدارها في كتيبات فاخرة لتوزيعها على المنظمات الدولية والإقليمية وجهات الدعم والتمويل الخارجي. ويبدو أن مثل هذا النمط من الخطط المنمقة وعالية المستوى لا يفيد الممارسين الميدانيين، لأنها تعكس توجهات المخططين وأصحاب القرار وواضعي الميزانيات، أكثر من كونها انعكاسا للواقع الحقيقي الذي يقوم على المشاركة في تحديد الحاجات والأولويات ويستثمر الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة للمجتمع. وهذا ما يدعو إلى اعتماد الطرق المبسطة والواضحة التي تلاءم الفهم العام، وتعكس مفهوم التأهيل المجتمعي باعتباره منهجية تنموية في تطبيقات التخطيط الوطني للتأهيل. ويفضل هنا البدء بتشكيل لجنة استشارية، تتكفل بإعداد خطة تتضمن الآراء والأفكار التي يقدمها الأشخاص المعوقون وأسرهم والعاملون الميدانيون والمهنيون وممثلو المجتمعات المحلية.

3- الجهات المشاركة في إعداد الخطة الوطنية للتأهيل

من المهم أن تعمل الحكومة على إصدار تعليمات موجهة للخطة الوطنية للتأهيل، بما يفيد الإثراء والمشاركة والدعم في التنفيذ، وتتضمن هذه التعليمات أهداف الخطة ومضامينه وإجراءات الإعداد والتنظيم والأدوار المنوطة بالجهات المشاركة وغير ذلك من التعليمات المتعلقة بإعداد الخطة في شكلها النهائي. وعادة ما يتم مشاركة القطاعات التالية في التنفيذ:

3- 1 البرامج والمؤسسات الحكومية القطاعية

يتم تفعيل أدوار ومداخلات مختلف البرامج التنموية الحكومية ذات العلاقة بخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين، بالتأكيد على مسؤولياتها في تقديم خدماتها لجميع المواطنين دون استثناء، وهو ما يعزز مفهوم الدمج للمعوقين وخدماتهم في البنى العادية لخدمات المجتمع، ودون الحاجة إلى استحداث الإجراءات الخاصة والمتخصصة، ويستدعي ذلك أن تقوم هذه المؤسسات بإجراء التعديلات اللازمة في أساليب تقديم خدماتها وتعديل اتجاهات العاملين نحو المعوقين وحاجاتهم، وإجراء بعض التعديلات في البيئة الجغرافية لمؤسساتها، بما يمكن الأشخاص المعوقين من الوصول والتواصل مع هذه البرامج القائمة في المجتمع.

3- 2 المنظمات غير الحكومية الدولية

يتم التشاور والتنسيق مع المنظمات غير الحكومية الدولية التي تبدأ نشاطاتها في البلاد، وتزويدها بالمعلومات الخاصة بالاستراتيجيات والسياسات والخطط الحكومية القائمة، وتوجيه نشاطاتها نحو دعم الخطط الحكومية. أما بالنسبة لتلك المنظمات العاملة في الميدان، فمن المهم أن يتم توجيهها لتعديل مسار خدماتها بما يتوافق مع التخطيط الحكومي، منعا للازدواجية وهدر الموارد المحلية والخارجية المخصصة لتطوير خدمات تأهيل المعوقين.

هناك الكثير من النشاطات المتضمنة في الخطة الوطنية يمكن أن تكون ميدانا للتعاون الفني بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية، حيث يبدو أن هدف تطوير القدرات البشرية هو أحد أهم

مجالات الدعم الذي يمكن أن تساهم به منظمات الدعم الخارجي، بتوفير وتمويل التدريب الفني للكوادر الوطنية من خلال البعثات الدراسية ومنح البحث العلمي والدورات التدريبية وغيرها.

3- 3 المنظمات غير الحكومية المحلية

اعتمادا على دور المشاركة لهذه المنظمات في إعداد الخطة الوطنية والسياسات الحكومية، فمن المتوقع أن تكون مضامين خطة الحكومة معروفة لها ويبقى أن يتم التنسيق معها في كيفية مساهمتها في إثراء هذه الخطة من خلال نشاطاتها المختلفة.

3- 4 مؤسسات التمويل والدعم الأخرى

تشمل مؤسسات التعاون الثنائي أو الجماعي التي ترتبط مع الحكومة باتفاقيات في مجال التعاون الفني التي يفترض أن تكون على دراية بالخطط والاستراتيجيات الحكومية.

4- مضمون الخطة الوطنية لتأهيل الأشخاص المعوقين

يقوم بناء الخطة الوطنية لتأهيل الأشخاص المعوقين على مجموعة من العناصر الأساسية التي تشكل في مجملها موجهات للمخططين والقائمين على بناء خطة لتطوير وتحسين خدمات تأهيل المعوقين على المستوى الوطني.

هذه الخطة هي الإطار الذي ينظم العمل الوطني، والأداة التي يمكن من خلالها استثمار الموارد المحلية والمساهمات الخارجية لهذا الميدان، ضمن أولويات يتم الاتفاق عليها، وبأسلوب ومنهجيات تبدو

ملائمة للواقع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي لبيئة التطبيق، وهنا ورغم بعض المحددات التي تحكم بناء الخطة الوطنية، إلا انه لا يمكن اعتبارها إطارا مغلقا لا يمكن الخروج عنه، بل يجب أن تبقى هدفا للمراجعة الدورية، وان تخضع لإجراءات التعديل عند الضرورة.

وتاليا عرض لبعض الأفكار التي تفيد المخططين في إعداد وتنظيم الخطة الوطنية لتأهيل الأشخاص المعوقين..

4- 1 مقدمة

تتعرض المقدمة إلى شرح حول الخلفية العامة ومبررات بناء الخطة، والجهة التي بادرت إلى إعدادها، والموجهات المحددة لهذا الإعداد، والجهات التي شاركت في الإعداد كالوزارات وممثلي التنظيمات السياسية والمهنيين والخبراء والتنظيمات الأخرى، كالمعوقين وممثليهم ومنظماتهم، وغيرها من الجهات ذات العلاقة بالتخطيط الوطني.

تبين المقدمة الوسائل المعتمدة في جمع البيانات والمعلومات التي اعتمدها المخططون كالدراسات الإحصائية والاستبيانات أو دراسات المشاريع التنموية أومن خلال الزيارات الميدانية أو إذا ما تم تنظيم ندوات حول الموضوع أو غير ذلك.

4- 2 وصف وتحليل الواقع:

يشمل تحليل الواقع المجالات الرئيسية التالية:

- مدى شيوع الإعاقة التقديري وأسبابها وتطورها في المستقبل.

- عرض السياسات الحالية والقوانين والتشريعات والإجراءات الخاصة حول مواجهة حاجات الأشخاص المعوقين، وبيان مدى فاعلية هذه السياسات.
- عرض الخدمات القائمة الحكومية والأهلية من حيث الكم والنوع، وعدد المستفيدين منها وقدرتها الاستيعابية السنوية وتكاليفها ونوعية الخدمات وأهدافها المستقبلية.
- تقدير مدى استفادة الأشخاص المعوقين من الخدمات العادية القائمة، الصحية والتعليمية والتدريب المهني والمواصلات والتوظيف وغيرها من خدمات المجتمع.
- تقدير الواقع الاقتصادي والاجتماعي ومستوى الدمج الاجتماعي.
- تقييم أهمية العناصر البيئية المختلفة التي تؤثر على حياة الأشخاص المعوقين.

4- 3 تعريف المشكلة :

يتضمن هذا الجزء توصيفا لنوعية وطبيعة الصعوبات التي يواجهها المعوقون، خاصة فيما يتعلق بمستوى حياتهم المتدني، حيث لا تحصل الغالبية العظمى على الخدمات القائمة ولا توجد لهم فرص للتعليم أو التدريب أو العمل، ويواجهون الكثير من المخاطر البيئية ولا يتم احترام حقوقهم ولا يوجد لهم منظمات لتمثيلهم وليس لهم تمثيل سياسي مناسب.

4- 4 تحديد الاستراتيجيات :

تتحدد إستراتيجية البرنامج من خلال مناقشة مختلف البدائل المتاحة، والوقوف على إستراتيجية التأهيل المجتمعي كأحد الحلول الملائمة لمواجهة مشكلة الإعاقة في المجتمع، وذلك انطلاقا من تحليل الواقع والإمكانيات والظروف الاقتصادية والثقافية للبلد.

يقوم تحديد الإستراتيجية على قاعدة طرح مختلف البدائل للنقاش العام، وبالطريقة التي تراها الحكومة مناسبة في إشراك الجهات ذات العلاقة في مجال تأهيل ورعاية الأشخاص المعوقين، حيث يتم تحديد الإنجازات والنتائج المحتملة والمتوقعة لكل من البدائل، وتحضير قائمة بالاحتياجات اللازمة لكل بديل، بما فيها العاملون والأدوات والميزانيات وغيرها، ومناقشة الصعوبات المرتبطة باختيار البدائل المختلفة، ويختتم النقاش بتقديم مقترح حول البديل الذي يمكن أن يساهم في إيجاد الحلول للمشكلات، وفي إطار من الوعي للظروف الاجتماعية والإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة.

4- 5 الأهداف:

وتشمل تحديد الهدف التنموي الأساسي وتقديمه بشكل وصفي، وغالبا ما يعكس الهدف التنموي السياسة الحكومية في مجال تنمية المجتمعات المحلية، وتحسين مستوى الحياة للأشخاص المعوقين في المجتمع.

يتضمن هذا العنصر مجموعة من الأهداف الرئيسية التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها، وغالبا ما يتم تحديد هذه الأهداف وفق أولويات البرنامج واعتمادا على الإمكانيات المتاحة المادية والبشرية. وتشمل هذه

الأهداف المجالات المختلفة المرتبطة بتأهيل المعوقين، كتدريب العاملين، وتنظيم الخدمات والهياكل، والتربية الخاصة، والتدريب المهني والتشغيل، وتعديلات البيئة، والحماية التشريعية، وغيرها من نشاطات تحسين ظروف الحياة للمعوقين في مجتمعهم.

4- 6 وصف البرنامج :

يتضمن وصف البرنامج العديد من المجالات التي لا بد من توضيحها قبل بدء التنفيذ، ومن الأمثلة المتضمنة في توصيف البرنامج:

- تحديد النشاطات التي ينبغي للبرنامج القيام بها، فيما يتعلق بالخدمات والتنظيم.
- تحديد دور المجتمع في التخطيط والتنفيذ والتقييم.
- تحديد كيفية تغطية التكاليف على المستوى المجتمعي والوسيطي والوطني.
- تحديد مدى الحاجة للنشاطات المعينة وتبرير أولويات مواجهتها.
- تحديد استراتيجيات المواجهة، وأسباب اختيار هذه الاستراتيجيات.
- تحديد كيفية توفير المواصلات والاتصالات اللازمة لتنفيذ النشاطات.
- تحديد مصادر الإحالة على مختلف المستويات.
- توضيح دور الحكومة في إدارة وتطوير وتمويل وتقييم البرنامج.

4- 7 الكوادر البشرية

يتضمن هذا المكون من الخطة الوطنية، بتحديد الكوادر والقوى البشرية اللازمة لبناء البرنامج الوطني، وتحديد متطلبات رفع الكفاءة وتدريب العاملين، وتشمل:

- تحديد الهدف التعليمي من التدريب.
- تحديد الجهات والأفراد الذين يقومون على تدريب العاملين المحليين، وفترة التدريب ومحتواه وتكلفته المالية، وكيفية تغطية هذه التكاليف.
- تحديد أسماء المدربين المناسبين، ومكان التدريب، ومستوى التدريب.
- تحديد مدخلات تنفيذ التدريب، كالتسهيلات المحلية والأدوات، والمواصلات، والإقامة..الخ..

4- 8 الخطة الزمنية:

يتم تحديد خطة زمنية لتنفيذ البرنامج، بحيث يكون هذا التحديد الزمني واقعيا في مدته، ويتم ذلك بتنظيم إطار زمني يتضمن جميع النشاطات وتاريخ البداية والانتهاء. ومن المهم أن يتم وضع خطة مفصلة قصيرة لمدة(1- 2سنة)، وخطة بعيدة المدى بخطوطها العريضة فقط.

4- 9 الميزانية والتمويل:

يتم تحديد الاحتياجات المالية لخطة وطنية متوسطة المدى(5سنوات)، وبحيث تغطي هذه الميزانية نشاطات المستويات

الوسيطية والعليا، أما فيما يتعلق بالاحتياجات المالية لنشاطات المستوى المجتمعي فيمكن تغطية غالبيتها من مساهمة المجتمعات المحلية ومصادر الدعم الأخرى التي يمكن استقطابها من خلال دور اللجان المحلية للبرامج المجتمعية. ومن الممكن أن تساهم الخدمات التنموية القائمة في المجتمع بتخفيف تكاليف خدمات التأهيل على المستوى المحلي وذلك من خلال دمج خدمات تأهيل المعوقين في البنى العادية لبرامجها القائمة.

تنظم الميزانية في قسمين، يخصص أحدهما لنشاطات تطوير البرنامج كالتدريب والبناء والأدوات والبعثات، وغالبا ما يتم تمويل هذا الجزء من المساعدات الخارجية التنموية، بينما يخصص الجزء الآخر لتغطية المصروفات التشغيلية للبرنامج، كالرواتب والقرطاسية والاتصالات والمواصلات، ويتم تمويله من الميزانية الحكومية والمساهمات المحلية.

4- 10 التقييم

ويتم هنا تحديد المعايير المشمولة في عملية التقييم، والمجالات التي سيتم إخضاعها للتقييم، والأساليب المستخدمة وفترة التقييم والقائمين على إجرائه، واقتراح التعديلات والإضافات والتحسينات المناسبة اللازمة كنتيجة لعملية التقييم.

4- 11 الإدارة والتنسيق:

يجب تحديد الهيكلية الإدارية الحكومية اللازمة وتحديد المسؤوليات القطاعية المشاركة في التنفيذ، ولا بد من إعداد المهام

الأساسية لإطار التنسيق الوطني وتشكيله، وإعداد الوصف الوظيفي للمدير الوطني للبرنامج، وكذلك تحديد سلطة اتخاذ القرار لكل من المستويات الثلاث، الوطني والوسيطي والمجتمعي.

يتم تحديد الوسائل التي يمكن من خلالها استمرار التواصل والتشاور مع منظمة الأشخاص المعوقين ومنظمات الأهالي والقادة المحليين واللجان المحلية في إعداد الخطة الوطنية.

الفصل التاسع

أمثلة تطبيقية لمنهجية التأهيل في المجتمع المحلي

الفصل التاسع

أمثلة تطبيقية لمنهجية التأهيل في المجتمع المحلي

تقديم

منذ ظهورها في سبعينيات القرن الماضي، تعرضت منهجية التأهيل في المجتمع المحلي للكثير من النقد والتحليل وخضعت للتعديل والتطوير، وصدرت المئات من المنشورات والكتيبات والأدلة التطبيقية لدعم انتشارها في العديد من البلدان والثقافات، وقد يكون التطبيق التجريبي لمنظمة الصحة العالمية (WHO) في بعض دول إفريقيا واسيا وأمريكا اللاتينية، هو البداية الحقيقية لتطبيق المنهجية المجتمعية، وذلك بتضمين خدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في إطار الرعاية الصحية الأولية) Primary Health Care) الذي تبنته منظمة الصحة العالمية من خلال إعلان) (ألماتا Alm-Ata) سنة 1978، والذي ينص على ضرورة التوصل مع نهاية القرن العشرين إلى مستوى صحي لائق يتيح لجميع المواطنين التمتع بحياة منتجة من النواحي الاقتصادية والاجتماعية، وان تتوجه برامج الصحة الأولية نحو المشكلات الصحية في المجتمع وذلك بتعزيز الإجراءات الوقائية والعلاجية التاهيلية بمنظور تكاملي وشامل، وهكذا ظهر مفهوم التأهيل المرتكز على المجتمع المحلي باعتباره إستراتيجية لإدماج حاجات التأهيل للأشخاص المعوقين في برامج الرعاية الصحية الأولية.

يشير استعراض التجارب العالمية في تطبيقات التأهيل المجتمعي على أن معظم التطبيقات قد ارتبطت بتطورات المنهجية خلال العقود

الثلاث الماضية، ورغم النجاحات التي أوردتها المنشورات المتوفرة حول تطبيق المنهجية في العديد من البلدان، إلا أنها تبقى هدفا للتطوير والتعديل في إطار تغير المفاهيم التي واكبت المنهجية منذ ظهورها والتي قد تمتد لعقود قادمة قبل الوصول إلى ما يمكن أن يكون توافقا جامعا للمنظرين والمخططين والمشرعين والعاملين.

تتميز منهجية التأهيل المبني على المجتمع في أنها تقوم على خصوصية المجتمعات المستهدفة للتطبيق، فالتركيب الثقافي والحضاري والاقتصادي والسياسي للمجتمع التطبيق، هي عوامل حاسمة في تحديد ملامح التطبيق واستراتيجياته وفي تحديد المدخلات والأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف وتقييم النجاحات، وبحيث يمكن القول أن لكل تجربة من الخصوصية ما يميزها عن التجارب الأخرى، وذلك ارتباطا بالمتغيرات التي تميز مجتمعات التطبيق المختلفة، وفيما يلي استعراض حول نماذج من تطبيقات منهجية التأهيل المجتمعي:

1- برنامج غانا

بدأ برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي للأشخاص المعوقين في غانا سنة 1992 من خلال وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، بالتعاون مع منظمتان غير حكومية من السويد(SHIA) والنرويج(NAD)، وبمساهمة فنية من منظمات الأمم المتحدة المتخصصة وتحديداً من ILO, WHO and UNESCO))، وبدعم مالي من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP). وقد تحددت الأهداف التالية للبرنامج:

- تعزيز الحقوق الإنسانية للأشخاص المعوقين وذلك بتنمية الوعي العام وتفعيل المصادر المحلية.
- تطوير إجراءات التنسيق بين مختلف الخدمات القطاعية المرتبطة بتأهيل الأشخاص المعوقين، كالصحة والتعليم وبرامج التنمية المحلية والشؤون الاجتماعية.
- إنشاء وتقوية منظمات الأشخاص المعوقين.
- تطوير سياسة وطنية حول الإعاقة وإنشاء هيئة وطنية حول الإعاقة.

بني برنامج التأهيل المجتمعي في غانا على منهجية المشاركة والتكامل بين وزارات الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل والتعليم، ويقوم على إدارة البرنامج فريق من وزارة الشؤون الاجتماعية، وبتوجيه من لجنة وطنية للتنسيق يتمثل في عضويتها تلك الوزارات المعنية ومنظمات الأشخاص المعوقين، وتنفذ نشاطات البرنامج بالوسائل التالية:

- تعيين وتدريب الموظفين للبرنامج المجتمعي على المستوى الوسيطي ويتبعون وظيفيا لدوائر وزارة الشؤون الاجتماعية في الأقاليم.
- تعيين وتدريب المشرفين المحليين في إطار تطوعي.
- تشكيل الجان المحلية المشرفة على إدارة وتسيير البرنامج المحلي.
- تعيين وتدريب الموظفين من القطاعات المختلفة على المستوى الوسيطي.
- تدريب الموظفين من مختلف القطاعات والمستويات لتنفيذ نشاطات البرنامج.

في محاولة لتقييم نتائج التغيير الذي أحدثه البرنامج في حياة الأشخاص المعوقين في غانا ، فقد تبين في نهاية سنة 1996 ، أن مجموعات صغيرة من الأشخاص المعوقين وأسرهم ومجتمعاتهم، كانوا قد استفادوا من خدمات البرنامج، أما فيما يتعلق بالخدمات فقد أشار 41٪ من الأشخاص المعوقين المستهدفين لخدمات البرنامج إلى أنهم لم يستفيدوا شيئا من البرنامج ، بينما كانت إجابات الأهالي أكثر ايجابية في تقييم النتائج على حياة أبنائهم .

2- برنامج غيانا

بدأ برنامج غيانا للتأهيل المجتمعي سنة 1986 ، كهيئة وطنية غير حكومية وتدار نشاطاتها من خلال مجلس يتكون من تسعة أعضاء منتخبين من الأقاليم، ويقوم على إدارة وتسيير البرنامج هيئة تنفيذية ، وبدعم فني من مستشار غير متفرغ، هذا بالإضافة للموظفين المعينين لمختلف نشاطات البرنامج في المركز، أما في الأقاليم فيقوم على إدارة البرنامج لجنة على مستوى الإقليم أو المنطقة ، وتنفذ النشاطات من خلال منسق المنطقة المسؤول المعين، بما فيها وحدات المصادر المحلية ، وتتشكل الهيئة من الأعضاء العاديين من الأشخاص المعوقين وأهاليهم، وكذلك الأعضاء الداعمين الملتزمين بفلسفة التأهيل المجتمعي.

بدأ برنامج التأهيل المجتمعي في غيانا بإنشاء مشروع صغير وامتد لاحقا ليغطي سبعة من الأقاليم العشرة التي تتكون منها غيانا في تقسيمها الإداري، وقام البرنامج على فلسفة مشاركة الأسرة والمجتمع في مواجهة حاجات وحقوق الأشخاص المعوقين، ويتوجه البرنامج إلى تنفيذ

نشاطاته في أربعة مجالات ترتبط بالإعاقات البصرية والسمعية والحركية والتعليمية، ويركز البرنامج على تنمية الذات والاستقلالية للأطفال المعوقين وتعزيز إمكانيات إدماجهم في البنى العادية للمجتمع، وتتركز إستراتيجية تنفيذ البرنامج في المحاور الأربعة التالية:

اولا: المتطوعين المحليين:

وذلك بتوفير العاملين والمتطوعين من المجتمع المحلي وتدريبهم لفترة لا تقل عن 150 ساعة تدريبية حول مختلف النشاطات المرتبطة بإجراءات تأهيل الأشخاص المعوقين، وتضاعف عدد المتطوعين خلال مراحل توسع البرنامج وانتشاره، إلا أن البرنامج قد توقف عن استقبال المزيد من المتطوعين لأسباب مالية.

ثانيا: وحدات المصادر المحلية:

وهي المراكز المجتمعية التي تهدف إلى توفير التدريب والتفاعل بين الأهالي وتنظيم النشاطات المحلية، هذا على الرغم من أن نشاطات البرنامج تركز على التدريب في إطار الأسرة والبيئة التي يعيش فيها الشخص المعوق.

ثالثا: برنامج توليد الدخل:

بدأ هذا البرنامج سنة 1997، بهدف تسهيل الحصول على التمويل الاقراضي لاستحداث مشروعات ذات جدوى اقتصادية تساهم في تحسين الوضع الاقتصادي لأسر الأشخاص المعوقين، وقد أعطى البرنامج نتائج ايجابية في تحقيق أهدافه.

رابعا: منظمات الأشخاص المعوقين:

وذلك بدعم إنشاء منظمات للأشخاص المعوقين بما يمكن الأشخاص المعوقين وأسرهم من إيجاد إطار يستطيعون من خلاله الدفاع عن حقوقهم.

أظهرت دراسة تقييمية سنة 1994، حول انجازات البرنامج إلى تحسن ملحوظ في حياة الأشخاص المعوقين، وقد أوردت الدراسة الانجازات التالية:

- التخفيف من منظور الشفقة في تعامل الأسرة مع الفرد المعوق بمنظور.
- التحسن في إتاحة فرصة المشاركة للشخص المعوق في حياة الأسرة.
- لم يعد الطفل المعوق يخضع للحماية الزائدة أو يتعرض للإخفاء.
- تضاؤل درجة الخجل والإحباط لدى الأسرة لوجود الطفل المعوق.
- تبدي الأسرة مزيدا من الاهتمام والتفهم والتقبل للطفل المعوق.
- تظهر الأسرة بموقف الفخر والاعتزاز بالطفل.
- تحسن في التواصل والتفاعل بين أعضاء الأسرة.
- زيادة الأمل لدى الأسرة بمستقبل أفضل للطفل.

3- برنامج نيبال

بدا برنامج التأهيل المجتمعي في نيبال سنة 1991 وذلك من خلال جمعية المعوقين النيبالية التي كانت قد أنشأت سنة 1969، وقد جاء برنامج التأهيل المجتمعي ليكون البرنامج الخامس للجمعية بعد برامج التربية الخاصة، والتدريب المهني و(بيت شيشاير) للشلل الدماغي وقرية الأطفال الأيتام ومستشفى العظام، وبدأ البرنامج بالتعاون مع المنظمة السويدية الدولية للمعوقين، وتحددت أهدافه كما يلي:

- تحسين حياة الأشخاص المعوقين بتوفير الخدمات التاهيلية وفرص التعليم والحركة والمشاركة في الخدمات التنموية والعمل.
- خلق بيئة من الاحترام المتبادل ما بين المعوقين وغير المعوقين في المجتمع.
- دعم جهود الأشخاص المعوقين للتأثير في بناء كافة الخدمات التي تعنيهم.
- تمكين الأشخاص المعوقين من قيادة البرنامج المجتمعي والحفاظ على استمراره.

تمثلت بداية البرنامج المجتمعي في نيبال باختيار مجموعة من القرى التي أبدت استعدادا لبدء البرنامج، وجرى تشكيل لجان محلية للبرنامج المجتمعي في هذه القرى من القادة المحليين وبعض الخبرات التي يمكنها تخطيط البرنامج وتقديم المقترحات المناسبة بما فيها تسبيب اختيار وتعيين المشرف المحلي وعمال التأهيل المحليين.

كان واضحا منذ البداية أن دور الجمعية يتحدد بتوفير الدعم المادي والفني للبرنامج لفترة 3- 4 سنوات ويتركز نشاطها خلال هذه الفترة في تدريب العاملين على مختلف المستويات لتنفيذ نشاطات البرنامج المجتمعي، وبحيث يصبح البرنامج بعدها نشاطا محليا في الإدارة والتسيير والتمويل وتأكيد عوامل الاستمرار، وفي هذا الإطار فقد كان هدف تشكيل وتمكين منظمات الأشخاص المعوقين هدفا رديفا للبرنامج، بحيث تستطيع هذه المنظمات من استلام البرنامج وتسييره بعد انتهاء فترة التزام الجمعية.

4- المكسيك

انطلق مشروع الصداقة (**بريجمو**) في المكسيك من مرفق للرعاية الصحية الأولية في إحدى القرى، ونجح في إبراز احتياجات الأشخاص المعوقين في القرى الريفية النائية، ويقوم البرنامج الذي استحدثه (DAVID WERNER) على مبدأ تدريب عامل التأهيل في القرية للقيام بمسؤوليات التشخيص والإرشاد والعلاج وتدريب المعوقين وأسرهم في التعامل مع مشكلة الإعاقة في إطار الجهود والموارد المحلية دون الاعتماد على العالم الخارجي.

تعرضت منهجية برنامج بريجمو للكثير من النقد، بسبب تركيزها في الاعتماد على الموارد المحلية المادية والبشرية في تنفيذ الخدمات التاهيلية للأشخاص المعوقين في المجتمع، وفي رفض الاعتماد على المصادر الخارجية بادعاء عدم الكفاءة في مواجهة حاجات تأهيل المعوقين في المجتمعات الريفية، وتركز المنهجية على أهمية دور عامل

القرية المدرب في البرنامج على تنفيذ النشاطات بما تشمله من تدريب المعوقين وأسرهم في تنفيذ كافة خدمات التأهيل ورغم التحفظات الكثيرة على منهجية هذا البرنامج فيما يتعلق بتركيزها على الإعاقات الجسدية وكذلك القصور الواضح في تحديد نظام إيتاء الخدمات على المدى البعيد ، إلا أن مثل هذه المنهجية يمكن أن تعزز مشاركة الأشخاص المعوقين وسرهم ومجتمعهم في تحمل مسؤوليات مواجهة حاجات تأهيل الأشخاص المعوقين في المجتمع.

5- برنامج الفلبين

بدأ برنامج التأهيل المجتمعي في الفلبين سنة 1981 ، من خلال مركز للتأهيل، وقد بني البرنامج على النهج الأساسي لمنظمة الصحة العالمية في إطار برنامج الصحة الأولية ، وعادة ما يوصف هذا التطبيق بأنه حتى انه يعتبر التطبيق الأكثر نجاحا لهذا النهج، ويقوم تنفيذ البرنامج على دور المشرفين المحليين الذين يتم تعيينهم للبرنامج من خلال المجتمع ، ويجري تدريبهم لقيام بمهام الاكتشاف وتطبيق إجراءات تأهيل المعوقين حسب الموجهات المتضمنة في الدليل التدريبي الصادر عن منظمة الصحة العالمية ، وغالبا ما يعمل المشرفون لفترة 2- 3 أيام في الأسبوع بشكل تطوعي مع مجموعة من 4- 8 من الأطفال المعوقين.

يتركز دور المشرف المحلي في اكتشاف الأشخاص المعوقين في المجتمع وتقييمهم أو تحويلهم لمركز التقييم المتخصص، والبدء بتدريبهم حسب الحزم التدريبية الواردة في الدليل أو تدريب احد أفراد الأسرة للقيام بدور المدرب الأسري تحت إشراف المشرف المحلي الذي يأخذ

توجيهاته من مركز التأهيل، ويشير تقييم البرنامج بعد سبع سنوات من بدايته إلى انه استطاع تقديم خدمات التأهيل لما يقارب 573 شخصا في 53 قرية من خلال جهود 107 من المشرفين المحليين.

تبنت منظمة العمل الدولية في مرحلة لاحقة إنشاء برنامج مجتمعي لتوفير خدمات التأهيل المهني للأشخاص المعوقين في المجتمع، وذلك بتدريب مجموعة من المتطوعين المحليين على توفير الفرص المدرة للدخل للأشخاص المعوقين بدعم من المجتمع المحلي وضمن موارده المتاحة.

6- زمبابوي

بدا برنامج التأهيل المجتمعي في زمبابوي من خلال مؤسسة زيميكر المسؤولة عن رعاية الأطفال المعوقين عقليا في زمبابوي، كنتيجة لدراسة وطنية استقصائية كانت قد أجريت سنة 1981 حول واقع الإعاقة أجريت سنة، حيث أشارت إلى أن هناك الآلاف من الأشخاص المعوقين يعيشون في المناطق الريفية التي تفتقر لأي نوع من خدمات التأهيل، حيث بدأ البرنامج الامتدادي لمساعدة الأشخاص المعوقين في مجتمعاتهم، وذلك بالتعاون ما بين وزارة الصحة والصليب الأحمر وبعض الجمعيات الخيرية، وبدأت تطبيقات البرنامج الأساسية من خلال المنظور الطبي لمنظمة الصحة العالمية، حيث تبنت الصليب الأحمر في زمبابوي تعيين مساعد طبي تكون لديه مؤهلات علمية لا تقل عن سنتين في المجال الطبي ليكون مسؤولا عن تقييم الحالات وتخطيط البرامج التاهيلية الفردية وإجراءات التحويل الضرورية ، بالإضافة إلى مسؤولية تدريب المنسقين والمتطوعين المحليين.

أما المنسق المحلي فيتم اختياره من بين العاملين المحليين في مجال التنمية ويتم تدريبه لعدة شهور في المجال الطبي، ويرتبط دوره في اكتشاف الحالات وتحضيرها لإجراءات التقييم، وتكون مسؤوليته في متابعة تأهيل ما يقارب 300 شخص معوق في منطقته، وكذلك العمل على اختيار وتدريب احد أفراد الأسرة حول المتطلبات الأساسية للتأهيل في الأسرة والمجتمع ويقوم المنسق بتعيين احد المتطوعين المحليين لمساعدة الأسرة في تنفيذ مهمات تأهيل الشخص المعوق.

7- اندونيسيا

بدأ برنامج التأهيل المهني المبني على المنهجية المجتمعية في اندونيسيا من خلال برنامج للتعاون الفني ما بين الحكومة ومنظمة العمل الدولية خلال الفترة ما بين 1979- 1982، وقد كان البرنامج جزءا من سياسة الحكومة في الوصول بالخدمات الاجتماعية إلى كل أنحاء البلاد وتحديدا للمناطق النائية والموزعة في العديد من الجزر التي تتكون منها الدولة الاندونيسية، ورغم أن البرنامج قد بدأ كمشروع ريادي تجريبي في أربعة مناطق مختارة، إلا أن نجاح التجربة الريادية قد ساهم في إعادة تطبيق البرنامج وانتشاره في العديد من المناطق في مراحل لاحقة.

تقوم منهجية التطبيق في برنامج اندونيسيا على عنصرين أساسيين يتوجه احدهما نحو على تدريب مجموعات من العاملين في مؤسسات التأهيل الحكومية حول المبادئ والأهداف التي تؤسس لبرنامج يصل بخدمات التأهيل المهني للأشخاص المعوقين إلى مجتمعاتهم، وبطريقة تهدف إلى استثمار كافة الموارد المتوفرة في المجتمع المحلي وتوجيهها

وتكييفها لمواجهة حاجات التأهيل المهني للأشخاص المعوقين، وفي سبيل تحقيق هذا النهج فقد قام المدربون الحكوميون بتدريب المئات من العاملين والمتطوعين لتطبيق أهداف البرنامج في المجتمعات المحلية أما العنصر الثاني يتمثل في تطوير محطات محلية نموذجية ينظم فيها العمال المدربون أنشطة تدريبية للأشخاص المعوقين على المهارات والأنشطة الإنتاجية، وقد اعتمد البرنامج في مراحله الأولى على الموارد البشرية والمالية التي توفرها الحكومة المركزية، وجاء التعديل الأخير في تطبيق المفهوم بإقامة الوحدات المتنقلة التي توفرها وتديرها وتشرف عليها مراكز التأهيل الحكومية القائمة

8- الأردن

بدأ برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في الأردن بالتزامن مع السنة الدولية للأشخاص المعوقين سنة 1982، وكان ذلك في مواكبة التوجهات العالمية الحديثة بضرورة تأكيد حقوق الأشخاص المعوقين في أن يستفيدوا من موارد المجتمع وتسهيلاته والتي يجب أن تكون في متناولهم وذلك وصولا إلى مجتمع للجميع.

تشير المراجعة التاريخية لخدمات تأهيل الأشخاص المعوقين في الأردن إلى ريادية الدور الأردني في هذا الميدان مقارنة مع الكثير مع دول المنطقة، حيث بدأت خدمات التأهيل المؤسسي في خمسينيات القرن الماضي وكان أن تم افتتاح العديد من مؤسسات الرعاية والتأهيل للأشخاص المعوقين في ستينيات وسبعينيات القرن الماضي في العديد من المدن الرئيسية، إلا أن غالبيتها كانت تتمركز في العاصمة عمان،

وكانت اقل من أن تفي بحاجات الأعداد الهائلة من الأشخاص المعوقين، خاصة لأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية والبوادي البعيدة والذين يمثلون الغالبية العظمى من المعوقين المستهدفين لمثل هذه الخدمات.

بدأت التجربة الأردنية في مجال التأهيل المبني على المجتمع المحلي تجربة ريادية في المنطقة العربية، حيث تعود بداياتها إلى سنة 1982، وذلك بالتزامن مع السنة الدولية للأشخاص المعوقين، حين بدأ الإعداد لاستحداث مشروع ريادي في أحد مخيمات اللاجئين الفلسطينيين بالأردن من خلال برنامج للتعاون ما بين وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الانروا) وبعض المنظمات الدولية غير الحكومية العاملة في الأردن، وبمشاركة الحكومة الأردنية في الإعداد والتخطيط لهذا الاستحداث الريادي.

انطلق برنامج التأهيل المجتمعي في الأردن سنة 1993من خلال مشروع التعاون ما بين الجمعية الطبية الأردنية السويدية ومنظمة اليونيسيف ووزارة الصحة الأردنية، وقد ساهم المشروع في تحسين الحياة لأعداد كبيرة من الأشخاص المعوقين وأسرهم وان ينمي مهارات العشرات من العاملين المحليين لمواجهة حاجات تأهيل الأشخاص المعوقين في المجتمع، وهكذا فقد أدى نجاح التطبيق في منطقة المفرق إلى امتداد البرنامج في نهاية التسعينيات إلى منطقة الجنوب بالتعاون مع جامعة مؤتة وبعض المؤسسات الاقتصادية القائمة في المنطقة، وهكذا وفي إطار توجهات البرنامج للوصول إلى المجتمعات المحلية فقد بدأ تطبيق البرنامج منذ سنة 2000 في منطقة الوسط وتحديدا في عمان وذلك بالتعاون مع منظمة اليونيسيف.

في مسايرة التطورات الحديثة الهادفة إلى تنمية القدرات المؤهلة لبناء وتطوير البرامج المجتمعية، فقد تم استحداث المعهد الوطني لتدريب العاملين في ميدان التأهيل المجتمعي سنة 1999، من خلال اتفاقية التعاون الفني ما بين جامعة مؤتة ومنظمة العمل الدولية، وقد استطاع المعهد خلال السنوات الماضية أن يقدم إضافات حاسمة في تطوير القدرات الوطنية للعاملين عي ميدان التأهيل المجتمعي على المستوى الوطني، ومن المؤمل أن يتطور هذا المعهد ليكون مركزا تدريبيا إقليميا في هذا الميدان.

الفصل العاشر

التوصيات

(للمنطقة العربية)

الفصل العاشر

التوصيات (للمنطقة العربية):

في إطار التوجهات الحديثة في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين، تاليا بعض التوصيات المقترحة لتحسين واقع الإعاقة في المنطقة العربية، وفي إطار يأخذ في الاعتبار تلك الخصوصيات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والأولويات التنموية لواقع التطبيق في كل من الأقطار العربية:

اولا: تنظيم المعلومات

يتطلب التخطيط السليم لاستحداث البرامج الموجهة نحو تأهيل الأشخاص المعوقين إلى قاعدة بيانات ومعلومات علمية ودقيقة حول واقع الأشخاص المعوقين وأعدادهم ومناطقهم واحتياجاتهم، وفي هذا السياق فانه يوصى بإنشاء قاعدة وطنية حول معلومات وبيانات الإعاقة، بما يفيد بناء السياسات ويساعد التخطيط الحكومي في بناء البرامج، وذلك اعتمادا على مرجعيات دقيقة حول طبيعة وحجم المشكلات ووسائل مواجهتها في الريف والمدينة.

ثانيا: التنظيم الوطني

تقوم نشاطات تأهيل الأشخاص المعوقين على منظور التكامل والمشاركة بين مختلف القطاعات التنموية الرسمية والأهلية، ونظرا لطبيعة وظروف الإعاقة المرتبطة بمحدودية أو نقص في القدرة الجسمية أو الحسية، فإنها تصبح مجالا وهدفا للمشاركة بين مختلف البرامج

الصحية والتربوية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية. من هنا، فإنه يوصى بإنشاء إطار مرجعي على المستوى الوطني، بهدف تنظيم المداخلات الرسمية والأهلية نحو الأشخاص المعوقين وحاجاتهم من منظور تكاملي.

ثالثا: الإعلام والتوعية:

يعتبر الإعلام والتوعية قاعدة أساسية لتعديل الاتجاهات وإيصال المعلومات وبلورة السياسات واستصدار التشريعات الخاصة بتأهيل الأشخاص المعوقين، وعليه فان من المهم أن تتبنى الدول العربية سياسة إعلامية تشارك فيها المؤسسات الإعلامية الحكومية والخاصة، هدفها نشر المعلومات عن مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي وتسليط الأضواء على النماذج التطبيقية الناجحة في المنطقة العربية، وإصدار إعلان في إطار الجامعة العربية بتبني هذا المنهج التأهيلي الملائم للمنطقة.

رابعا: التخطيط العلمي:

في إطار السياسة التنموية الشاملة يستلزم وضع البرامج والخطط المدروسة وشمول موضوع الإعاقة في الدول العربية ضمن أولويات التخطيط على المستوى القطري والقومي وتوجيه الدراسات والبحوث لتحديد حجم المشكلة ومستلزمات مواجهتها.

خامسا: التطبيق الريادي للمنهجية المجتمعية:

في إطار الفهم العام لمنهجية التأهيل المجتمعي وفي إطار تحليل متعمق للخصوصية الثقافية للأقطار العربية، فان من المهم أن يقوم بناء البرامج المجتمعية على معطيات نتائج التطبيق الريادي لمفهوم "التأهيل في

المجتمع المحلي"، وذلك بهدف تقييم عناصر النجاح والفشل في الموقف التطبيقي وبما يفيد في تعميم التطبيق الملائم للخصائص الاجتماعية والثقافية لكل قطر.

سادسا: التمويل:

يعتبر تمويل البرامج التأهيل المجتمعي أحد أهم عناصر نجاحها، ويأتي ذلك من خلال المشاركة المحلية المدعومة بمصادر التمويل الحكومية والأهلية وجهات الدعم المادي والفني المحلية والإقليمية والدولية، وهنا فان من الضروري العمل على إنشاء صندوق عربي لتمويل نشاطات المشروعات المجتمعية في الأقطار العربية وتطوير مجالات التعاون بين الدول الغنية والفقيرة في المنطقة العربية والتنسيق مع المنظمات الدولية وغير الحكومية الخارجية.

سابعا: الخبرات والتدريب:

يشير استعراض واقع تطبيق المنهجية المجتمعية في معظم الدول العربية إلى غياب الموجهات العلمية في تخطيط وتنفيذ الغالبية العظمى من البرامج القائمة، وهو ما يفقدها عنصر التطوير ويهدد استمرارها، وهنا تبدو أهمية بناء البرامج التدريبية المنظمة لكافة المشاركين في تطبيق وتنفيذ نشاطات المنهجية المجتمعية على كافة المستويات، وفي هذا الإطار فان إنشاء المعاهد والمؤسسات الأكاديمية المتخصصة في توفير المعلومات وتدريب الكوادر تبدو من الأهمية ما يشجع الجامعات ومؤسسات البحث العلمي إلى ضرورة إدخال موضوع التأهيل في المجتمع المحلي في مقرراتها الدراسية وتبادل الخبرات بين الفنيين والأخصائيين في هذا المجال، وقد يكون إنشاء المعهد الوطني لتدريب كوادر التأهيل

المجتمعي في جامعة مؤتة بالأردن بالتعاون مع منظمة العمل الدولية، نموذجا للاستحداث في كافة الأقطار العربية.

ثامنا: المرأة والإعاقة:

توجيه المزيد من الاهتمام لدور المرأة في استحداث البرامج باعتبارها الأقدر على تحسس المشكلات الاجتماعية من خلال معايشتها لها كأم وأخت ومشرفة ومسئولة وتعزيز دور المرأة في استحداث البرنامج في إطار التنظيمات النسائية القائمة كالاتحادات النسائية ، ومراكز النشاط النسائي، والنوادي الخاصة بالمرأة.

تاسعا: التسهيلات المحلية والدمج:

وذلك بتوفير فرص المشاركة والمساواة للأشخاص المعوقين ضمن التسهيلات المحلية القائمة وتعديل الواقع البيئي لملائمة احتياجات المعوقين تسهيلا لتحقيق الحد الأدنى من الدمج والتفاعل والتكيف الاجتماعي ما بين الشخص المعوق ومجتمعه.

عاشرا: الجهود التطوعية:

يعتبر العمل التطوعي أحد ركائز إنجاح تطبيقات المنهجية المجتمعية في تأهيل الأشخاص المعوقين، وبهدف تنمية وتحفيز ثقافة العمل التطوعي في هذا الميدان، فان من المفيد تخصيص جائزة على مستوى الجامعة العربية للنشاطات الاجتماعية المحلية في مجال العمل مع المعوقين، وتخصيص يوم للمتطوع العربي، تتركز فيه الجهود نحو التوعية وتوجيه الانتباه لأهمية المشاركة التطوعية في تطوير خدمات العمل مع الأشخاص المعوقين.

الخاتمة

ما من شك في أن منهجية التأهيل في المجتمع المحلي قد استطاعت خلال سنواتها المعدودة أن تقدم الكثير من الانجازات لصالح قضايا الأشخاص المعوقين وتأكيد حقوقهم في حياة مجتمعاتهم، خاصة إذا ما أخذنا في الاعتبار أنها منهجية تقوم على تغيير الأفكار وتعديل الاتجاهات المتأصلة عبر العهود الماضية والتي كانت تتعامل مع الإعاقة والأشخاص المعوقين من خلال منظور العزل والنبذ والتهميش والحرمان إلى عهد يعزز الفهم ويعيد الثقة ويؤكد الحقوق ويبني الكرامة للإنسان المعوق في حياة الأسرة والمجتمع.

لقد ظهرت منهجية التأهيل في المجتمع المحلي باعتبارها جزأ من حركة التطور الشامل التي واكبت ذلك الاهتمام الدولي في التعامل مع قضايا الإعاقة خلال العقود الثلاث الماضية، وعليه فإنها ما تزال ميدانا للتجريب والتمحيص والموائمة مع خصوصيات واقع التطبيق في الكثير من دول العالم، وبحيث يتطلب التقييم الموضوعي لفعاليتها وتأثيرها إلى مزيد من الممارسة والاهتمام من المخططين والعاملين الميدانيين، نحو تحقيق أهداف الدمج والكرامة الإنسانية للجميع بمن فيهم الأشخاص المعوقين.

من البديهي القول أن نتائج التطبيق في الكثير من دول العالم ما زالت تتعامل مع تطبيق المفهوم بشيء من الحذر ويعود ذلك في كثير من الأحيان إلى تدني الوعي الاجتماعي بأهمية وحتمية المشاركة

الاجتماعية وضرورة التنسيق التكاملي بين مختلف القطاعات التنموية في مواجهة حاجات الأشخاص المعوقين ضمن السياق العام للسياسة التنموية الشاملة للدولة، وهو ما يدعو إلى بلورة التشريعات المناسبة نحو تعزيز التنسيق القطاعي والمشاركة الواعية في استثمار الموارد وتوجيهها نحو أهداف الدمج والعادية بما يخدم حاجات الغالبية العظمى من الأشخاص المعوقين.

تقودنا خبرات التطبيق لمنهجية التأهيل المجتمعي إلى أن لا يقود الحماس الزائد والتحيز الأعمى نحو المنهجية إلى التغاضي عن بعض المحاذير والمخاطر في تطبيق المنهجية المجتمعية، فالتحليل الموضوعي لواقع التطبيق وتحديد الإمكانيات والحاجات والأولويات، يبدو نشاطا أساسيا في نجاح التطبيق، فالمجتمع المحلي، وان كان يبدو راغبا ومستعدا لتحمل مسئوليات المواجهة في مرحلة الاستحداث بتقديم الدعم المعنوي والمادي للبرنامج، إلا أن شح الموارد وصراع الأولويات في المجتمعات الريفية الفقيرة، قد يقف حائلا أمام تحقيق الطموحات الكبيرة، مما يسبب الإحباط وربما الفشل وبحيث يكون من الصعب إعادة التجربة في مرحلة لاحقة وفي مجتمع عاش خبرة لا يريد تكرارها.

من هنا فان من المهم أن يقوم بناء البرنامج في المجتمع المحلي على تحليل موضوعي للواقع، والتأكيد على المقومات الأساسية الثلاثة التي تفيد الاستمرارية على المدى البعيد وهي التنظيم المجتمعي القوي والأهداف الواقعية والموارد الثابتة.

رغم النجاح الذي يمكن أن يصادفه البرنامج المجتمعي في تحقيق أهداف إنشائه على المستوى المحلي، إلا أن شروط الدمج الفعال للشخص المعوق يتعدى حدود مجتمعه الضيق، بل تتطلب جهودا متضافرة على مختلف مستويات التنظيم الوطني من خلال إستراتيجية متكاملة تؤكد التعاون والتنسيق بين مختلف القطاعات الحكومية والأهلية وبرامج الدعم الخارجي، وإلا أصبح التأهيل المجتمعي في حدوده المغلقة مجرد شعار جذاب وطفرة مؤقتة سرعان ما تزول لأسباب تعود إلى شح الموارد وإهمال الدولة وعجز المخططين.

باستعراض التجارب العربية في هذا المجال، نجدها وقد خطت خطوات رائدة رغم التفاوت في تقييم النجاح من بلد لآخر، وذلك اعتمادا على مدى التزامها وتبنيها للمبادئ والتوجهات المتضمنة في المفهوم، وقدرتها على مدى موائمته لخصائص واقع التطبيق، وهنا فان التقييم الدوري للانجازات سيفيد في الوقوف على عناصر القوة والضعف في التطبيق وسيمهد إلى مزيد من الفعالية والتدعيم على طريق تهيئة فرص الدمج والتكافؤ والمساواة الكاملة للأشخاص المعوقين في **مجتمع للجميع**.

والله ولي التوفيق

مراجع هامة

المراجع العربية

1 - الأمم المتحدة: برنامج العمل العالمي بشأن المعوقين (قسم المعلومات الاقتصادية والاجتماعية التابع لمركز التنمية الاجتماعية والشئون الإنسانية 1983)

3 - ويلي موم واندرياس كونيج - من إعادة التأهيل القائم على المجتمع المحلي إلى برامج الدمج في المجتمع المحلي، منظمة العمل الدولية - فرع إعادة التأهيل المهني- جنيف.

4 - عزيز داود - التأهيل المبني على المجتمع المحلي - مبادئ وتطبيقات، وكالة الأمم المتحدة للإغاثة والتشغيل - الرئاسة العامة - عمان 1990.

5- ديفيد ورنر - رعاية الأطفال المعوقين: دليل شامل للعائلة وللعاملين في إعادة التأهيل وصحة المجتمع، النسخة العربية من ورشة الموارد العربية، 1992.

6- منظمة الصحة العالمية -تدريب المعوقين في إطار المجتمع: دليل تدريبي، 1990.

المراجع الأجنبية

1- Einar Helander, Prejudice and Dignity: An Introduction to Community-Based Rehabilitation, UNDP, NY, 1993.□

2- World Health Organization (WHO), International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO, Geneva, 1990.

1- World Health Organization (WHO) - SHIA, Community-Based Rehabilitation as we have experienced, 2 parts, WHO, Geneva, 1992.

2- International Labor Organization (ILO), Training for Integration and Participation (TIP), Manual for Conducting Sensitization Courses on Integration and Disability; 11 components, ILO, Geneva, 1991.

3- Anne Hope and Sally Timmel, Training for Transformation, A Handbook for Community Workers; 3 books, Mambo Press, Zimbabwe, 1992.

4- Brian John O,Tool, Guide to Community-Based Rehabilitation, UNESCO, Paris, 1991.

5- United Nations, Disability: Statistics Compendium, United Nations, NY, 1990.

6- United Nations, Manual on the Equalization of Opportunities for Disabled Persons, United Nations, NY, 1986.

7- United Nations, Disability: Situation, Strategies and Policies, United Nations, NY, 1986.

فهرس الأطر والجداول والأشكال والنماذج

اولا: الأطر

الإطار 1: موجز وصفي لمفهوم التأهيل في المجتمع المحلي

الإطار 2: مبادئ البرنامج العالمي المتعلق بالأشخاص المعوقين

الإطار3: مهام اللجنة المحلية للبرنامج المجتمعي

الإطار 4: المهام الرئيسية للمشرف المحلي

الإطار 5: المتطوعون المحليون ومهامهم

الإطار 6: المهام الأساسية للمتطوعين المحليين

الإطار 7: إجراءات الدراسة المسحية للإعاقات في المجتمع

الإطار 8: محتويات دليل منظمة الصحة العالمية- "تدريب المعوقين في إطار المجتمع"

الإطار 9: مقترح منظمة العمل الدولية حول تدريب العاملين

الإطار 10: الوحدات التدريبية لمقترح منظمة العمل الدولية

الإطار 11: المهام الأساسية لمركز التأهيل المجتمعي

الإطار 12: النشاطات المستهدفة للتمويل في برنامج التأهيل المجتمعي

الإطار 13: المصادر المحلية لتمويل البرنامج المجتمعي

الإطار 14: المصادر الحكومية في تمويل البرنامج المجتمعي

الإطار 15: أسباب تباين نتائج الدراسات الإحصائية في مجال الإعاقة

الإطار 16: المجالات المستهدفة في الدراسة الإحصائية للإعاقات

الإطار 17: دليل التعرف على الإعاقات

الإطار 18: أسباب الإعاقة

الإطار 19: نشاطات برنامج التأهيل في المجتمع المحلي

الإطار 20: العناصر الأساسية في تقييم برنامج التأهيل في المجتمع المحلي

الإطار 21: المهام الأساسية للمجلس الوطني لرعاية وتأهيل الأشخاص المعوقين

ثانيا: الأشكال

الشكل 1: نظام إيتاء الخدمات المؤسسية

الشكل 2: نظام إيتاء الخدمات الامتدادية

الشكل 3: نظام إيتاء الخدمات المجتمعية

الشكل 4: المنظور الوطني لنظام إيتاء الخدمات في إطار المنهجية المجتمعية

الشكل 5: المدرج التوضيحي لتخطيط تقييم البرنامج المجتمعي

ثالثا: الجداول

الجدول 1: استراتيجيات ايتاء الخدمات التأهيلية

الجدول 2: العناصر الأساسية في بناء برنامج التأهيل المجتمعي

الجدول3: ايجابيات وسلبيات التقييم الخارجي

الجدول 4: التكامل بين الدراسة الإحصائية وبرامج الخدمات

الجدول 5: خصائص العينة العشوائية الإحصائية

الجدول 6: خصائص التقدير القومي البسيط الإحصائي

الجدول 7: خصائص التسجيل العام الإحصائي

الجدول 8: مواصفات المسح البيتي

رابعا: النماذج

النموذج 1: نموذج الدراسة المسحية للإعاقات في المجتمع

النموذج 2: استمارة التسجيل المبدئي

النموذج 3: توزيع الإعاقة في المجتمع حسب الجنس ونسبة الشيوع

النموذج 4: توزيع الإعاقة في المجتمع حسب العمر و الجنس

النموذج 5: توزيع الإعاقة في المجتمع حسب الوضع الاجتماعي

النموذج 6: توزيع الإعاقة في المجتمع حسب الحاجات التأهيلية

النموذج 7: توزيع الإعاقة في المجتمع حسب المستوى التعليمي

النموذج 8: توزيع الإعاقات في المجتمع حسب أسبابها

ملحق رقم (1)

القواعد الموحدة

بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين

الامم المتحدة 1994

مقدمة

الخلفية والاحتياجات الراهنة

1- ثمة اناس معوقون في جميع انحاء العالم وعلى جميع المستويات في كل المجتمعات. وعدد الأشخاص المعوقين في العالم كبير وآخذ في الزيادة.

2- وتختلف اسباب العجز ونتائجه في جميع أرجاء العالم. وتلك الاختلافات ناتجة عن تباين الظروف الاجتماعية والاقتصادية واختلاف الترتيبات التي تتخذها الدول الأعضاء لتوفير الرفاهية لمواطنيها.

3- وتعد السياسة المتبعة إزاء العجز في الوقت الحاضر حصيلة تطورات حدثت على مدى المئتي سنة الماضية. وهي تعكس من نواح كثيرة ما كانت عليه الأحوال المعيية العامة والسياسات الاجتماعية والاقتصادية في أزمنة مختلفة. غير أن هناك في مجال العجز، إلى جانب ذلك، كثير من الظروف الخاصة التي تؤثر في أحوال معيشة الأشخاص المعوقين، فالجهل والإهمال والمعتقدات الخرافية والخوف عوامل اجتماعية تسببت طوال تاريخ العجز في عزل الأشخاص المعوقين وتأخير نمائهم.

4- وعلى مر السنين، تطورت سياسات العجز من الرعاية الأولية في المؤسسات إلى تعليم الأطفال المعوقين وإعادة تأهيل الذين اصيبوا بحالات عجز في سن متقدمة. وبفضل التعليم وإعادة التأهيل، ازداد الأشخاص المعوقون نشاطا بوصفهم قوة دافعة إلى المضي في تطوير

السياسات الخاصة بالعجز. فقد انشئت منظمات لهم ولأسرهم وللمدافعين عنهم تنادي بتحسين أحوالهم. وبعد الحرب العالمية الثانية، اعتمد مفهوم إدماج المعوقين في المجتمع وتطبيع حالتهم، مما عبر عن تزايد الوعي بالقدرات التي يتحلى بها الأشخاص المعوقون.

5- وفي أواخر الستينات، بدات منظمات المعوقين في بعض البلدان تصوغ مفهوما جديدا للعجز يبرز الصلة الوثيقة بين القيود المفروضة على الأشخاص المعوقين في تصميم بيئاتهم وتشكيلها، من ناحية، وموقف السكان إجمالا ، من ناحية ثانية. وفي الوقت نفسه سلطت الأضواء بقوة متزايدة على مشاكل العجز في البلدان النامية، وقدران النسبة المئوية للأشخاص المعوقين في بعض البلدان كانت بالغة الارتفاع ، وان معظم هؤلاء كانوا يعيشون في فقر مدقع.

الإجراءات الدولية السابقة

6- كانت حقوق الأشخاص المعوقين على مدى فترة طويلة من الزمن، موضع اهتمام كبير في الأمم المتحدة وسائر المنظمات الدولية. وكان أهم ما أسفرت عنه السنة الدولية للمعوقين 1981 هو برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين "1"، الذي اعتمدته الجمعية العامة بموجب قرارها 52/37 المؤرخ 3 كانون الأول/ديسمبر 1982 وقد اتى كل من السنة الدولية للمعوقين وبرنامج العمل العالمي بزخم قوي للتقدم في هذا الميدان. فقد أكد كلاهما على حق الأشخاص المعوقين في التمتع بفرص متكافئة مع الفرص التي يتمتع بها سائر المواطنين، وبحقهم في الأخذ بنصيب مساو مما يجدّ من تحسينات في أحوال المعيشة نتيجة للنمو الاقتصادي والاجتماعي. وهنا أيضا، ولأول مرة، عرف "العوق" بأنه محصلة للعلاقة بين الأشخاص المعوقين وبيئتهم.

7- وفي سنة 1987، عقد في ستوكهولم اجتماع الخبراء العالمي لاستعراض تنفيذ برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين في منتصف عقد الأمم المتحدة للمعوقين. وقد اقترح في هذا الاجتماع وضع فلسفة توجيهية لإبراز أولويات العمل في الأعوام القادمة واعتبر أن أساس تلك الفلسفة ينبغي أن يكون الاعتراف بحقوق المعوقين.

8- ونتيجة لذلك، طلب الاجتماع إلى الجمعية العامة أن تعقد مؤتمرا خاصا لصياغة اتفاقية دولية بشأن القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المعوقين تصدق عليها الدول في موعد أقصاه نهاية العقد.

9- وأعدت ايطاليا مشروع مخطط موجز للاتفاقية قدم إلى الجمعية العامة خلال دورتها الثانية والأربعين. وقدمت السويد إلى الجمعية العامة، خلال دورتها الرابعة والأربعين اقتراحات أخرى بشأن مشروع الاتفاقية. لكن الآراء لم تتوافق، في أي من الدورتين، على ملاءمة هذه الاتفاقية. فقد رأى الكثير من الممثلين أن وثائق حقوق الإنسان النافذة الآن تضمن للأشخاص المعوقين، فيما يبدو، نفس الحقوق التي لغيرهم.

نحو إقرار قواعد موحدة

10- في ضوء مداولات الجمعية العامة، وافق المجلس الاقتصادي والاجتماعي أخيرا، في دورته العادية الأولى لعام 1990 على تركيز الاهتمام على صوغ دولي من نوع مختلف. وأذن المجلس للجنة التنمية الاجتماعية بموجب قراره 26/1990 المؤرخ 24/ايار/مايو 1990 أن تنظر، في دورتها الثانية والثلاثين في إنشاء فريق عامل مخصص مفتوح العضوية يتكون من خبراء حكوميين ويمول من التبرعات، لوضع قواعد موحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص المعوقين من الأطفال والشباب والكبار، وذلك بالتعاون الوثيق مع الوكالات المتخصصة وغيرها من الهيئات

الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية، ولا سيما منظمات المعوقين. كما طلب المجلس إلى اللجنة ان تعمد إلى وضع نص تلك القواعد في صيغته النهائية لكي ينظر فيه المجلس في عام 1993، وليقدم إلى الجمعية العامة في دورتها الثامنة والأربعين.

11- وكشفت المناقشات اللاحقة التي دارت في اللجنة الثالثة للجمعية العامة، في الدورة الخامسة والأربعين، عن وجود تأييد واسع النطاق للمبادرة الجديدة المتعلقة بصوغ قواعد نموذجية بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين بحالات عجز.

12- وفي الدورة الثانية والثلاثين للجنة التنمية الاجتماعية، حظيت المبادرة المتعلقة بوضع قواعد موحدة بتأييد عدد كبير من الممثلين وافضت المناقشات إلى اتخاذ القرار 2/32 المؤرخ20 شباط/فبراير 1991 الذي قررت فيه اللجنة إنشاء فريق عامل مخصص مفتوح العضوية عملا بقرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي 26/1990

الغرض من القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين ومضمون هذه القواعد

13- وضعت القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين بالاستناد آلي التجارب المكتسبة أثناء عقد الأمم المتحدة للمعوقين(1983-1992)"2" ويشكل كل من الشرعية الدولية لحقوق الإنسان التي تتكون من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان"3" والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية"4" واتفاقية حقوق الطفل، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المراة"6"، فضلا عن برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين، الأساس السياسي والأخلاقي لهذه القواعد.

14- ومع ان هذه القواعد ليست إلزامية، فمن الممكن أن تصبح قواعد عرفية دولية عندما يطبقها عدد كبير من الدول بدافع احترام قاعدة من قواعد القانون الدولي. وهي تنطوي على التزام معنوي وسياسي قوي من جانب الدول باتخاذ إجراءات لتحقيق التكافؤ في الفرص للمعوقين. كما أنها تتضمن مبادئ هامة تتعلق بالمسؤولية والعمل والتعاون، كما تشير إلى مجالات ذات أهمية حاسمة بالنسبة إلى نوعية الحياة وتحقيق المشاركة والمساواة الكاملتين. ثم أنها تقدم إلى الأشخاص المعوقين وإلى منظماتهم أداة لرسم السياسات واتخاذ الإجراءات ، وتشكل أساسا للتعاون التقني والاقتصادي بين الأمم ومن خلال الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية.

15- والغرض من هذه القواعد هو أن تكفل للأشخاص المعوقين، فتيات وفتيانا ونساء ورجالا، بوصفهم مواطنين في مجتمعاتهم، إمكانية ممارسة ما يمارسه غيرهم من حقوق والتزامات. ولا تزال توجد في كل مجتمعات العالم عقبات تمنع الأشخاص المعوقين من ممارسة حقوقهم وحرياتهم وتجعل من الصعب عليهم أن يشاركوا مشاركة كاملة في أنشطة مجتمعاتهم. وتقع على عاتق الدول مسؤولية اتخاذ الإجراءات اللازمة لإزالة هذه العقبات. وينبغي للأشخاص المعوقين أن يؤدوا دورا نشطا كشركاء في هذه العملية. ويشكل تكافؤ الفرص للأشخاص المعوقين مساهمة أساسية في الجهود العامة المبذولة على صعيد العالم لتعبئة الموارد البشرية . وقد يلزم توجيه اهتمام خاص إلى فئات مثل النساء والأطفال والمسنين والفقراء والعمال المهاجرين وذوي العجز المزدوج أو المتعدد والسكان الأصليين والأقليات الإثنية. وثمة، بالإضافة إلى ذلك، عدد كبير من اللاجئين المعوقين الذين لديهم احتياجات خاصة تستلزم الاهتمام.

المفاهيم الأساسية في سياسة العجز

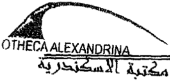
16- ترد المفاهيم أدناه في مجمل هذه القواعد. وهي تستند، أساسا، إلى المفاهيم الواردة في برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين، ويتجلى فيها في بعض الحالات التطور الذي تحقق خلال عقد الأمم المتحدة للمعوقين.

العجز والعوق

17- يلخص مصطلح "العجز" عددا كبيرا من أوجه التقصير الوظيفي المختلفة التي تحدث لدى أية مجموعة من السكان في جميع بلدان العالم. وقد يتعوق الناس باعتلال بدني أو ذهني أو حسي، أو بسبب أحوال طبية ما أو مرض عقلي ما. وهذه الاعتلال أو الأحوال أو الأمراض يمكن أن تكون بطبيعتها دائمة أو مؤقتة.

18- أما "العوق" فهو فقدان القدرة كلها أو بعضها على اغتنام فرص المشاركة في حياة المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين. وتصف كلمة العوق تلاقي المعوق مع بيئته. والغرض من هذا المصطلح هو تأكيد تركيز الاهتمام على ما في البيئة وفي الكثير من الأنشطة الاجتماعية المنظمة مثلا : الإعلام والاتصال والتعليم، من عيوب تمنع المعوقين من مشاركة الآخرين على قدم المساواة.

19- وينبغي النظر إلى استخدام مصطلحي"العجز" و "العوق" كما يعرفان في الفقرتين 17 و18 أعلاه، في ضوء التاريخ الحديث للعجز. ففي السبعينات، كان لدى ممثلي منظمات المعوقين والمتخصصين في مجال العوق رد فعل قوي على المصطلحات المستخدمة آنذاك. وكثيرا ما كان استخدام مصطلحي العجز والعوق مشوبا بالغموض واللبس. فلم يلقيا ما يكفي للاهتداء به في السياسة العامة وفي العمل السياسي.



وكانت المصطلحات تعكس نهجا طبيا وتشخيصيا يتجاهل النقائض والعيوب الموجودة في المجتمع المحيط.

20- وفي العام 1980 اعتمدت منظمة الصحة العالمية تصنيفا دوليا للعاهة والعجز والعوق يدل على اعتماد نهج يتسم بمزيد من الدقة إلى جانب اتسامه بالنسبية. والتصنيف الدولي لحالات العاهة والعجز والإعاقة "7" يميز تمييزا واضحا بين العاهة والعجز والعوق. ولا يزال ذلك التصنيف يستخدم على نطاق واسع في مجالات مثل إعادة التأهيل ،والتعليم،والسياسة،والتشريع، والديمغرافيا وعلم الاجتماع، وعلم الاقتصاد، وعلم الإنسان. إلا أن بين مستخدميه من أبدى قلقه لأن التصنيف في تعريفه لمصطلح العوق، ما زال يعتبر طبيا أكثر من اللازم ومفرطا في التركيز على الفرد وغير مشتمل على توضيح كاف للتفاعل بين الظروف أو التطلعات المجتمعية وبين قدرات الفرد. وسينظر، ضمن إطار التنقيحات المقبلة، في هذه الشواغل والشواغل الأخرى التي أعرب عنها المستعملون على مدى الاثني عشر عاما التي انقضت منذ نشر التصنيف.

21- ونتيجة للخبرات المكتسبة في تنفيذ برنامج العمل العالمي وللمناقشات العامة التي دارت أثناء عقد الأمم المتحدة للمعوقين، حدث تعميق للمعارف وتوسيع للمدارك فيما يخص مسائل العجز والمصطلحات المستخدمة فيها. فالمصطلحات الحالية تعترف بضرورة التطرق إلى الاحتياجات الفردية(كإعادة التأهيل والمعينات التقنية،الخ)، وكذلك إلى عيوب المجتمع (مختلف العقبات التي تحول دون المشاركة).

الوقاية

22- تعني"الوقاية" الإجراءات الرامية إلى درء حدوث العاهات البدنية أو الذهنية أو النفسية أو الحسية(الوقاية الأولية)، أو إلى الحؤول دون أن تؤدي العاهات إلى تقييد أو عجز وظيفي دائم (الوقاية الثانوية). ويمكن أن تشمل الوقاية أنواعا مختلفة من الإجراءات يذكر منها: الرعاية الصحية الأولية، ورعاية الطفولة قبل الولادة وبعدها، والتثقيف التغذوي، وحملات التحصين من الأمراض المعدية، وتدابير مكافحة الأمراض المستوطنة، وأنظمة السلامة، والبرامج الرامية إلى درء الحوادث في مختلف البيئات. وضمن ذلك تكييف أماكن العمل بحيث تتوقى حالات العجز والإصابات المهنية، والوقاية من العجز الذي ينجم عن تلوث البيئة أو عن النزاع المسلح.

اعادة التأهيل

23- إعادة التأهيل" عملية ترمي إلى تمكين الأشخاص المعوقين من بلوغ وحفظ المستوى الوظيفي الأمثل على الصعيد البدني أو الذهني أو النفسي و/أو على الصعيد الاجتماعي، بحيث تتوفر لهم الأدوات اللازمة لتغيير حياتهم ورفع مستوى استقلالهم. ويمكن أن تتضمن إعادة التأهيل تدابير ترمي إلى التمكين من أداء الوظائف و/أو استعادة الوظائف المفقودة، أو إلى التعويض عن فقدانها أو انعدامها أو عن قصور وظيفي. ولا تتضمن عملية إعادة التأهيل الرعاية الطبية الأولية. وهي تتضمن تدابير وأنشطة بالغة التنوع، بدءا بإعادة التأهيل الأساسية والعامة وانتهاء بالأنشطة الموجهة نحو هدف معين، ومن أمثلتها إعادة التأهيل المهني.

تحقيق تكافؤ الفرص

24- يعني "تحقيق تكافؤ الفرص" عملية تكون من خلالها مختلف نظم المجتمع والبيئة، مثل الخدمات والأنشطة والإعلام والتوثيق، متاحة للجميع، ولا سيما المعوقين.

25- ويعني مبدأ تساوي الحقوق أن لاحتياجات كل افراد المجتمع نفس القدر من الأهمية، وأن هذه الاحتياجات يجب أن تكون هي الأساس في تخطيط المجتمعات، وانه يجب استخدام جميع الموارد بحيث تكفل لكل فرد فرصة مشاركة الآخرين على قدم المساواة.

26- فالأشخاص المعوقون أعضاء في المجتمع، ولهم حق البقاء ضمن المجتمعات المحلية التي ينتمون إليها. وينبغي أن يتلقوا الدعم الذي يلزمهم داخل الهياكل العادية للتعليم والصحة والعمل والخدمات الاجتماعية.

27- وكما أن للأشخاص المعوقين نفس الحقوق، فإن عليهم أيضا نفس الالتزامات. ومع إعمال هذه الحقوق، يفترض في المجتمعات أن تعقد المزيد من الآمال على الأشخاص المعوقين. وينبغي أن تتخذ في إطار عملية تأمين الفرص المتكافئة، ترتيبات تيسر للأشخاص المعوقين تحمل مسؤولياتهم كاملة بوصفهم أعضاء في المجتمع.

الديباجة

إن الدول،

اعتبارا للتعهد، بموجب ميثاق الأمم المتحدة، باتخاذ إجراءات مشتركة ومنفصلة بالتعاون مع المنظمة لتأمين مستويات معيشية أعلى وعمالة كاملة وتهيئة ظروف التقدم والتنمية في المجالين الاقتصادي والاجتماعي،

وتأكيدا، مرة أخرى، على ما نادى به الميثاق من التزام بحقوق الإنسان والحريات الأساسية والعدالة الاجتماعية وكرامة الإنسان وقيمته،

وتذكيرا، بوجه خاص، بالمعايير الدولية الخاصة بحقوق الإنسان، التي ينص عليها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية،

وتشديدا على أن تلك الصكوك تنادي بتأمين الحقوق المعترف بها فيها لجميع الأفراد دون تمييز،

وتذكيرا باتفاقية حقوق الطفل التي تحظر التمييز بسبب العجز وتقضي باتخاذ تدابير خاصة لضمان حقوق الأطفال المعوقين، والاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، التي تنص على بعض التدابير الوقائية في مواجهة العجز،

وتذكيرا أيضا، بأحكام اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التي تتوخى ضمان حقوق الفتيات والنساء المعوقات،

ومراعاة لإعلان حقوق المعوقين، وإعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقليا، وإعلان التقدم والتنمية في الميدان الاجتماعي، ومبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية، وغيرها من الصكوك ذات الصلة التي اعتمدتها الجمعية العامة ،

ومراعاة أيضا للاتفاقيات والتوصيات ذات الصلة التي اعتمدتها منظمة العمل الدولية التي تشير، بصفة خاصة، إلى المشاركة في العمل دون تمييز ضد الأشخاص المعوقين،

واعتبارا للتوصيات والأعمال ذات الصلة لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة، ولا سيما الإعلان العالمي لتوفير التعليم للجميع، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، وسائر المنظمات المعنية،

ومراعاة للالتزام الذي أخذته الدول الأعضاء على نفسها بحماية البيئة،

واعتبارا للدمار الذي تحدثه الصراعات المسلحة، واستنكارا لاستخدام الموارد، رغم شحتها، في إنتاج الأسلحة،

واعترافا بأن برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين والتعريف الوارد فيه بشأن تكافؤ الفرص يمثلان طموحات جادة من قبل المجتمع الدولي لجعل هذه الصكوك والتوصيات الدولية المختلفة عملية وذات دلالة ملموسة،

وتسليما بأن هدف عقد الأمم المتحدة للمعوقين (1983- 1992) الممثل في تنفيذ برنامج العمل العالمي، لا يزال صحيحا ويستلزم إجراءات عاجلة ودؤوبة،

وتذكيرا بأن برنامج العمل العالمي يقوم على مفاهيم تتسم بنفس الدرجة من الصحة في البلدان النامية والبلدان الصناعية على السواء،

واقتناعا بأن هناك حاجة إلى تكثيف الجهود لضمان تمتع الأشخاص المعوقين بحقوق الإنسان وبالمشاركة في المجتمع على نحو كامل ومتكافئ،

وتشديدا من جديد على أن الأشخاص المعوقين، وذويهم، وأولياء أمرهم، والمدافعين عن قضيتهم، ومنظماتهم، يجب أن يكونوا شركاء نشطين للدول في تخطيط وتنفيذ جميع التدابير التي تمس حقوقهم المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية،

وعملا بقرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي 26/1990، استنادا إلى ما يتضمنه من التدابير المحددة اللازمة لتحقيق المساواة الكاملة للمعوقين، والمعددة بالتفصيل في برنامج العمل العالمي،

قد اعتمدت القواعد الموحدة بشأن تكافؤ الفرص للمعوقين المبينة أدناه، وذلك من أجل:

(أ) التأكيد على أن جميع الإجراءات المتخذة في مجال العجز تفترض مسبقا وجود معرفة وخبرة كافيتين بظروف الأشخاص المعوقين واحتياجاتهم الخاصة.

(ب) التشديد على أن العملية التي يتحقق من خلالها جعل التنظيم المجتمعي، بمختلف جوانبه، في متناول الجميع، تشكل هدفا أساسيا من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

(ج) إبراز الجوانب الحاسمة للسياسات الاجتماعية في مجال العجز، بما في ذلك، عند الاقتضاء، التشجيع الايجابي للتعاون التقني والاقتصادي.

(د) توفير نماذج، في عملية اتخاذ القرارات السياسية اللازمة لتحقيق تكافؤ الفرص، مع مراعاة الفروق الشاسعة في المستويات التقنية والاقتصادية وضرورة أن تعكس هذه العملية فهما عميقا للسياق الثقافي الذي تحدث فيه وللدور الحاسم الذي يؤديه الأشخاص المعوقون فيه.

(ه) اقتراح آليات وطنية للتعاون الوثيق فيما بين الحكومات وأجهزة منظمة الأمم المتحدة وسائر الهيئات الحكومية الدولية ومنظمات المعوقين.

(و) اقتراح آلية فعالة لرصد العملية التي تسعى الدول بواسطتها إلى تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين.

اولا – الشروط المسبقة لتحقيق المساواة في المشاركة

القاعدة 1- التوعية

ينبغي للدول أن تتخذ الإجراءات اللازمة لتوعية المجتمع بشأن الأشخاص المعوقين وحقوقهم واحتياجاتهم وإمكاناتهم ومساهماتهم.

1- ينبغي أن تكفل الدول قيام السلطات المسئولة بتوزيع معلومات مستكملة عن البرامج والخدمات المتوافرة على الأشخاص المعوقين وأسرهم وعلى المتخصصين في هذا الميدان والجمهور عامة. وينبغي أن تقدم المعلومات الموجهة إلى الأشخاص المعوقين في شكل سهل المنال .

2- ينبغي للدول أن تبدأ وتساند حملات إعلامية بشأن الأشخاص المعوقين وسياسات العجز، تحمل الرسالة التي مفادها أن المعوقين إن هم إلا مواطنون لهم نفس الحقوق التي للآخرين وعليهم نفس التزاماتهم، فتبرر بذلك التدابير الرامية إلى إزالة العقبات التي تحول دون المشاركة الكاملة.

3- ينبغي للدول أن تشجع وسائط الإعلام على إعطاء صورة ايجابية عن الأشخاص المعوقين، وينبغي استشارة منظمات المعوقين في هذا الشأن.

4- ينبغي للدول أن تكفل مبدأ المشاركة والمساواة الكاملتين في برامج التعليم العام، بكل جوانبها.

5- ينبغي أن تدعو الدول المعوقين وأسرهم ومنظماتهم إلى المشاركة في برامج التثقيف العام التي تتصل بمسائل العجز.

6- ينبغي للدول أن تشجع مؤسسات القطاع الخاص على إدراج مسائل العجز ضمن نشاطها.

7- ينبغي للدول أن تبدأ وتروج برامج غايتها أن ترفع، لدى المعوقين، مستوى الوعي بحقوقهم وإمكانياتهم. ومن شأن اعتماد المعوقين على ذاتهم

وتحميلهم للمسؤوليات أن يساعدهم على الانتفاع من الفرص التي تتاح لهم.

8- ينبغي أن يكون رفع مستوى الوعي جزءا هاما من تعليم الأطفال المعوقين ومن برامج إعادة التأهيل، ويمكن للأشخاص المعوقين أن يتعاضدوا في رفع مستوى الوعي بواسطة انشطة المنظمات الخاصة بهم.

9- ينبغي أن يكون رفع مستوى الوعي جزءا من تعليم جميع الأطفال، وعنصرا من عناصر دورات تدريب المدرسين وتدريب جميع الفنيين العاملين في هذا الميدان.

القاعدة 2- الرعاية الطبية

ينبغي للدول أن تكفل تزويد المعوقين بالرعاية الطبية الفعالة:

1- ينبغي للدول أن تعمل على تدبير برامج تديرها فرق من الفنيين متعددة الاختصاصات وتستهدف الكشف المبكر للعاهة وتقييمها ومعالجتها، فقد يفضي ذلك إلى درء الآثار المعوقة أو التخفيف من حدتها أو إزالتها، وينبغي أن تضمن هذه البرامج المشاركة التامة من المعوقين وأسرهم على مستوى الأفراد، ومن منظمات المعوقين على صعيدي التخطيط والتقييم.

2- ينبغي تدريب العاملين في خدمة المجتمعات المحلية على المشاركة في مجالات مثل الكشف المبكر عن العاهات، وتوفير المساعدة الأولية، والإحالة إلى الخدمات المناسبة.

3- ينبغي للدول أن تكفل حصول المعوقين ، ولا سيما الرضع والأطفال، على رعاية طبية من نفس المستوى الذي يحصل عليه، ضمن النظام نفسه، سائر أفراد المجتمع.

4- ينبغي للدول ان تكفل حصول جميع الموظفين الطبيين على تدريب وتجهيز يفيان بغرض تأمين الرعاية للأشخاص المعوقين ، وان تتيح لهم الوقوف على الأساليب والتكنولوجيات العلاجية الملائمة.

5- ينبغي للدول ان تتكفل بتأمين تدريب كاف للموظفين الطبيين وشبه الطبيين والموظفين المرتبطين بهم بحيث لا يسدون للأهل مشورة غير ملائمة تحد من الخيارات المتاحة بشأن أطفالهم. وينبغي أن يشكل هذا التدريب عملية متواصلة وان يستند إلى أحدث المعلومات المتاحة.

6- ينبغي ان تضمن الحكومات حصول المعوقين على اي علاج منتظم او أدوية قد يحتاجون إليها في الحفاظ على مستوى أدائهم أو تحسينه.

القاعدة 3- إعادة التأهيل

ينبغي للدول ان تكفل توفير خدمات إعادة التأهيل للأشخاص المعوقين لكي يتسنى لهم بلوغ مستوى أمثل في استقلالهم وأدائهم والحفاظ عليه.

1- ينبغي أن تضع الدول برامج تأهيل وطنية لجميع فئات المعوقين. وينبغي أن يستند، في إعداد هذه البرامج، إلى الاحتياجات الفعلية للمعوقين والى مبداي المشاركة والمساواة الكاملتين.

2- ينبغي أن تتضمن هذه البرامج مجموعة واسعة من الأنشطة ، مثل التدريب الأساسي الرامي إلى تحسين الوظائف المتضررة أو التعويض عنها، وإسداء المشورة إلى المعوقين وأسرهم، وبرامج لتنمية الاعتماد على الذات، وخدمات عرضية في مجالات كالتقييم والإرشاد.

3- ينبغي إتاحة إعادة التأهيل لجميع المعوقين، ومنهم ذوو العجز الشديد والمتعدد.

4- ينبغي أن يكون الأشخاص المعوقون وأسرهم قادرين على المشاركة في تصميم وتنظيم خدمات إعادة التأهيل التي تعنيهم بذاتهم .

5- ينبغي أن تكون جميع خدمات إعادة التأهيل متاحة في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه الشخص المعوق، بيد أنه يجوز، في بعض الحالات، من أجل بلوغ هدف تدريبي معين، تنظيم دورات إعادة تأهيل خاصة لفترات محدودة، وحيثما يقتضي الأمر ذلك، في مؤسسات داخلية.

6- ينبغي تشجيع الأشخاص المعوقين وأسرهم على المشاركة في إعادة التأهيل بوصفهم مثلا، معلمين أو مدربين، أو مرشدين.

7- ينبغي أن تعتمد الدول لدى صوغ برامج إعادة التأهيل أو تقييمها على خبرات منظمات المعوقين.

القاعدة 4- خدمات الدعم

ينبغي للدول أن تكفل استحداث وتوفير خدمات الدعم للمعوقين، وضمنها الإمداد بالمعينات، لكي يتسنى لهم رفع مستوى استقلالهم في حياتهم اليومية وممارسة حقوقهم .

1- ينبغي للدول أن تضمن توفير المعينات والمعدات والمساعدة الشخصية وخدمات الترجمة الفورية وفقا لاحتياجات المعوقين، باعتبار ذلك تدبيرا هاما لتحقيق تكافؤ الفرص.

2- ينبغي للدول أن تدعم استحداث وإنتاج وصيانة المعينات والمعدات ونشر المعارف بشأنها.

3- ولتحقيق ذلك، ينبغي الإفادة من الدراية التقنية المتوافرة بشكل عام، وفي الدول التي لديها صناعات تكنولوجيا رفيعة ينبغي الإفادة القصوى من هذه الصناعات لتحسين نوعية وفعالية المعينات والمعدات. ومن المهم الحفز على استحداث وإنتاج أجهزة بسيطة وزهيدة التكلفة تستخدم فيها، عند الإمكان، المواد ومرافق الإنتاج المحلية، ويمكن إشراك المعوقين انفسهم في إنتاج هذه الأجهزة.

4- ينبغي أن تعترف الدول لكل الأشخاص المعوقين الذين يحتاجون إلى معينات بحق الحصول عليها بالطريقة المناسبة، وضمن ذلك تزويدهم بالقدرة المالية التي تتيح لهم الحصول عليها وقد يعني ذلك أن تقدم المعينات والمعدات إليهم مجانا او بسعر زهيد يتيح لهم أو لأسرهم شراءه.

5- في برامج إعادة التأهيل الرامية إلى توفير المعينات والمعدات، ينبغي للدول أن تدرس الاحتياجات الخاصة بالفتيات والفتيان المعوقين فيما يتعلق بتصميم هذه المعينات والمعدات ومتانتها ومدى ملاءمتها المتصلة للأعمار.

6- ينبغي للدول أن تدعم استحداث برامج المساعدة الشخصية وتقديم خدمات الترجمة الفورية، وخاصة إلى ذوي العجز الشديد و/أو المتعدد. فمن شأن هذه البرامج أن ترفع من مستوى مشاركة الأشخاص المعوقين في الحياة اليومية، في البيت والعمل والمدرسة وفي أنشطة أوقات الفراغ.

7- ينبغي تصميم برامج المساعدة الشخصية بحيث تتيح للأشخاص المعوقين الذين ينتفعون بها أن يؤثروا تأثيرا حاسما في الكيفية التي تنفذ بها هذه البرامج .

ثانيا –المجالات المستهدفة لتحقيق المشاركة على قدم المساواة

القاعدة 5- فرص الوصول

ينبغي للدول أن تعترف بما تتسم به فرص الوصول من أهمية عامة في عملية تحقيق تكافؤ الفرص في جميع مجالات المجتمع. وفيما يتعلق بالمعوقين أيا كان نوع عوقهم، ينبغي للدول أن تضع برامج عمل لإتاحة الفرصة أمامهم للوصول إلى البيئة المادية، وأن تتخذ التدابير اللازمة لتيسير حصولهم على المعلومات وتمكينهم من إجراء الاتصالات.

(أ) فرص الوصول إلى البيئة المادية

1- ينبغي للدول أن تتخذ التدابير اللازمة لإزالة الحواجز التي تعترض سبيل المشاركة في مرافق البيئة المادية، وينبغي أن تتمثل هذه التدابير في معايير ومبادئ توجيهية والنظر في سن تشريعات تكفل ضمان إمكانية الوصول إلى مختلف الأماكن في المجتمع، مثلا فيما يتعلق بالمساكن والمباني وخدمات النقل العام وغيرها من وسائل النقل والشوارع وغير ذلك من عناصر البيئة الخارجية.

2- ينبغي للدول أن تكفل للمهندسين المعماريين ومهندسي الإنشاءات، وغيرهم ممن يشتركون، بحكم مهنهم، في تصميم وتشييد مرافق البيئة المادية، فرصة الحصول على معلومات كافية عن السياسات المتعلقة بالعجز والتدابير الرامية إلى تيسير الوصول إلى الأماكن المقصودة.

3- ينبغي أن تدرج مستلزمات تيسير الوصول ضمن تصميم وتشييد مرافق البيئة المادية منذ بداية عملية التصميم.

4- ينبغي استشارة منظمات المعوقين لدى وضع معايير وقواعد ليسير الوصول إلى الأماكن المقصودة. كما ينبغي إشراك هذه المنظمات محليا، ابتداء من المرحلة الأولى للتخطيط ، لدى وضع تصميمات مشاريع الإنشاءات العامة، بحيث يكفل أقصى قدر من سهولة الوصول.

ب- الحصول على المعلومات وإجراء الاتصالات

5- ينبغي أن تفتح أمام المعوقين، وعند الاقتضاء أمام أسرهم وممثليهم، فرصة الحصول على معلومات كاملة عن تشخيص حالاتهم وحقوقهم والخدمات والبرامج المتاحة لهم، وذلك في جميع المراحل،

وينبغي عرض تلك المعلومات في أشكال يستطيع الأشخاص المعوقون الاطلاع عليها.

6- ينبغي للدول أن تعد استراتيجيات لوضع خدمات الإعلام والتوثيق في متناول مختلف فئات المعوقين. وينبغي استخدام طريقة بريل وخدمات اشرطة التسجيل والمنشورات المطبوعة بحروف كبيرة وغير ذلك من التكنولوجيات الملائمة بغية وضع المعلومات والوثائق المكتوبة في متناول الأشخاص ذوي العاهات البصرية. وبالمثل، ينبغي استخدام التكنولوجيات الملائمة لوضع المعلومات المنطوقة في متناول الأشخاص ذوي العاهات السمعية أو الذين يشكون من صعوبات في الفهم.

7- ينبغي النظر في استعمال لغة الإشارات في تعليم الأطفال الصم ضمن اسرهم ومجتمعاتهم المحلية. وينبغي توفير خدمات الترجمة إلى لغة الإشارات لتيسير التخاطب بين الصم وغيرهم.

8- ينبغي ان ينظر ايضا في احتياجات أولئك الذين يمنعهم عجزهم من التخاطب مع غيرهم.

9- ينبغي أن تشجع وسائط الإعلام، وخاصة التلفزيون والإذاعة والصحافة، على جعل خدماتها في متناول الأشخاص المعوقين.

10- ينبغي للدول أن تكفل، فيما يتصل بنظم المعلومات والخدمات الجديدة المحوسبة التي تعرض على عامة الجمهور. إما بجعلها في متناول المعوقين، وإما بتكييفها بحيث يسهل عليهم تناولها.

11- ينبغي استشارة منظمات المعوقين لدى استحداث تدابير ترمي إلى جعل خدمات المعلومات ميسرة للأشخاص المعوقين.

القاعدة 6- التعليم

ينبغي للدول أن تعترف بمبدأ المساواة في فرص التعليم في المرحلتين الابتدائية والثانوية والمرحلة الثالثة، وذلك ضمن أطر مدمجة، للمعوقين من الأطفال والشباب والكبار. وتكفل أن يكون تعليم الأشخاص المعوقين جزءا لا يتجزأ من النظام التعليمي.

1- تكون السلطات التعليمية العامة مسئولة عن تعليم الأشخاص المعوقين في أطر مدمجة. وينبغي أن يشكل تعليم الأشخاص المعوقين جزءا لا يتجزأ من التخطيط التربوي وتطوير مناهج التعليم وتنظيم المدارس على الصعيد الوطني.

2- يفترض، بين الشروط المسبقة للتعليم في مدارس النظام العام، تقديم خدمات الترجمة إلى لغة الإشارات وسائر خدمات الدعم الملائمة. وينبغي توفير فرص الوصول وخدمات الدعم الوافية الرامية إلى تلبية احتياجات الأشخاص الذين يعانون من حالات عجز مختلفة.

3- وينبغي إشراك المجموعات المؤلفة من الآباء أو الأمهات ومنظمات المعوقين في عملية التعليم على جميع المستويات.

4- في الدول التي يكون التعليم فيها إلزاميا، ينبغي أن يوفر التعليم الإلزامي للبنات والبنين المصابين بجميع أنواع ودرجات العجز ، بما في ذلك أشدها.

5- بنبعي توجيه عناية خاصة إلى المجالات التالية:

6- الأطفال المعوقون الصغار جدا في السن.

أ- الأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل الالتحاق بالدراسة.

ب- الكبار المعوقون، ولا سيما النساء.

7- توخيا لإدراج الترتيبات التعليمية الخاصة بالمعوقين في النظام التعليمي العام، ينبغي للدول:

أ- أن يكون لها سياسة معلنة ومفهومة ومقبولة على صعيد المدارس وعلى صعيد المجتمع.

ب- أن تترك مجالا لمرونة المناهج التعليمية وللإضافة إليها ومواءمتها.

ت- أن توفر ما يلزم لتأمين جودة المواد، والتدريب المستمر للمعلمين، والمعلمين الداعمين.

8- ينبغي النظر إلى التعليم المتكامل والبرامج المجتمعية على انها نهج تكميلية لتزويد المعوقين بتعليم وتدريب فعالين من حيث التكلفة. وينبغي استخدام البرامج المجتمعية الوطنية لتشجيع المجتمعات على استخدام وتنمية مواردها من أجل توفير التعليم المحلي للمعوقين.

9- في الحالات التي لا يلبي فيها نظام المدارس العامة على نحو ملائم احتياجات جميع الأشخاص المعوقين، قد ينظر في توفير تعليم خاص. وينبغي أن يهدف إلى إعداد الطلاب للتعليم في نظام المدارس العامة. وينبغي أن تعكس نوعية هذا التعليم ذات المعايير والطموحات التي يعكسها التعليم العام وينبغي أن يكون وثيق الارتباط به. وينبغي، كحد أدنى، أن يقدم للطلاب المعوقين ذات النسبة من الموارد التعليمية التي يحصل عليها الطلاب غير المعوقين. وينبغي أن تهدف الدول إلى إدماج خدمات التعليم الخاص تدريجيا في نظام التعليم السائد. ومن المعترف به أنه قد ينظر في الوقت الراهن في بعض الحالات آلي التعليم الخاص على أنه انسب شكل لتعليم الطلاب المعوقين.

10- ونظرا لما للصم والبكم/ المكفوفين من احتياجات خاصة في مجال التخاطب، فقد يكون من الأنسب توفير التعليم لهم في مدارس خاصة بهم أو في صفوف ووحدات خاصة في مدارس النظام العام. وفي المرحلة المبدئية، يلزم بصفة خاصة تركيز الاهتمام بوجه خاص على التعليم المتجاوب ثقافيا مما يؤدي إلى اكتساب مهارات تخاطب فعالة وتحقيق الحد الأقصى من الاستقلال لمن هم صم أو بكم/ مكفوفين.

القاعدة 7- التوظيف

ينبغي للدول أن تعترف بالمبدأ الذي يوجب منح المعوقين صلاحية ممارسة ما لهم من حقوق الإنسان وخصوصا في ميدان التوظيف. ويجب أن تكون لهم، في المناطق الريفية والمناطق الحضرية على السواء، فرص متكافئة للحصول على عمل منتج ومربح في سوق العمل.

1- يجب الا تميز القوانين والأنظمة السارية في ميدان التوظيف ضد المعوقين، كما يجب الا تضع العراقيل في سبيل تشغيلهم.

2- ينبغي للدول أن تدعم بقوة إشراك المعوقين في السوق المفتوحة للتوظيف. ويمكن تحقيق هذا الدعم القوي باتخاذ مجموعة من التدابير، مثل التدريب المهني، أو مخططات الحصص التي تستهدف توفير الحوافز، أو الوظائف المحجوزة أو المخصصة، أو القروض أو المنح المقدمة إلى الأعمال الربحية الصغيرة، أو منح عقود حصرية أو اولوية في حقوق الإنتاج، أو الامتيازات الضريبية، أو مراعاة احكام العقود، أو غير ذلك من ضروب المساعدة التقنية او المالية المقدمة إلى المؤسسات التي تستخدم عاملين معوقين. وينبغي للدول أن تشجع أرباب العمل على إجراء تعديلات معقولة بغية إفساح المجال للمعوقين.

3- ينبغي أن تتضمن برامج العمل التي تنفذها الدول ما يلي:

(أ) تدابير ترمي إلى تصميم أماكن العمل ومباني العمل وموائمتها بحيث تكون ميسرة للأشخاص المصابين بحالات عجز مختلفة.

(ب) مساندة استخدام التكنولوجيا الجديدة وتطوير وإنتاج المعينات والأدوات والمعدات واتخاذ التدابير اللازمة لتيسير حصول المعوقين على هذه المعينات والمعدات، للحصول على العمل والحفاظ عليه.

(ج) تأمين التدريب والتنسيب بالشكل الملائم ، وتوفير الدعم المستمر، ومن ذلك تقديم المساعدة الشخصية وخدمات الترجمة الفورية.

4- ينبغي للدول أن تباشر وتدعم حملات توعية الجمهور الرامية إلى التغلب على الاتجاهات السلبية والتحيزات المتعلقة بالعاملين المعوقين.

5- ينبغي للدول أن تهيئ الظروف المواتية لتوظيف المعوقين في القطاع العام.

6- ينبغي للدول ومنظمات العمال وأرباب العمل التعاون من أجل ضمان إتباع سياسات منصفة في مجال التعيين والترقية، وشروط الخدمة ومعدلات الأجور، واتخاذ تدابير لتحسين بيئة العمل بهدف درء الإصابات والعاهات، وتدابير لإعادة التأهيل للعاملين المصابين أثناء العمل.

7- ينبغي أن يتمثل الهدف دائما في حصول المعوقين على عمل في سوق العمل المفتوح. وفيما يتعلق بالأشخاص المعوقين الذين لا يمكن تلبية احتياجاتهم في سوق العمل المفتوح، يمكن أن يتمثل البديل لذلك في توفير وحدات صغيرة من العمالة المحمية أو المدعومة. ومن الأهمية بمكان تقييم نوعية هذه البرامج من حيث جدواها وكفايتها في إتاحة الفرص للأشخاص المعوقين كي يحصلوا على عمل في سوق العمالة.

8- ينبغي اتخاذ التدابير اللازمة لإشراك المعوقين في برامج التدريب والتوظيف في القطاعين الخاص وغير الرسمي.

9- ينبغي للدول ومنظمات العمال وأرباب العمل التعاون مع منظمات المعوقين بشأن جميع التدابير الرامية إلى إيجاد فرص التدريب والتوظيف للمعوقين، بما في ذلك نظام ساعات العمل المرنة، والعمل بعض الوقت، واقتسام الوظائف، والعمل المستقل، وخدمات الرعاية بالمنزل.

القاعدة 8- المحافظة على الدخل والضمان الاجتماعي

الدول مسؤولة عن توفير الضمان الاجتماعي للمعوقين والمحافظة على دخلهم.

1- ينبغي للدول أن تكفل توفير الدعم الكافي لدخل المعوقين الذين فقدوا دخلهم أو انخفض دخلهم مؤقتا، أو حرموا من فرص العمل، نتيجة للعجز أو لعوامل تتصل بالعجز. وينبغي للدول أيضا أن تكفل لدى تقديم الدعم، مراعاة حساب التكاليف التي يتكبدها المعوقون وأسرهم، في كثير من الأحيان، نتيجة لهذا العجز.

2- ينبغي للدول، في البلدان التي توجد بها نظم للضمان الاجتماعي أو التأمين الاجتماعي أو غير ذلك من نظم الرعاية الاجتماعية، أو التي هي بصدد إنشاء تلك النظم لعامة سكانها، أن تكفل عدم استبعاد هذه النظم للمعوقين أو عدم انطوائها على تمييز ضدهم.

3- ينبغي للدول أن تكفل أيضا توفير دعم الدخل للأفراد، الذين يضطلعون برعاية شخص معوق، وحمايتهم بالضمان الاجتماعي.

4- ينبغي أن تشمل نظم الضمان الاجتماعي حوافز لمساعدة المعوقين على استعادة قدرتهم على الكسب. وينبغي لهذه النظم أن توفر التدريب المهني، أو تسهم في تنظيمه وتطويره وتمويله. وينبغي أن تساعد أيضا في مجال خدمات التنسيب.

5- ينبغي ايضا ان تقدم برامج الضمان الاجتماعي حوافز للمعوقين تساعدهم على البحث عن عمل يمكنهم من اكتساب القدرة على الكسب أو استعادتها.

6- ينبغي مواصلة تقديم دعم الدخل ما دامت حالات العجز قائمة، بطريقة لا تثبط عزم المعوقين في البحث عن العمل. وينبغي الا يخفض هذا الدعم أو يوقف إلا عندما يجد المعوقون دخلا كافيا ومأمونا

7- في البلدان التي يوفر فيها القطاع الخاص جانبا كبيرا من الضمان الاجتماعي، ينبغي للدول أن تشجع المجتمعات المحلية ومنظمات الرعاية الاجتماعية والأسر على أن تضع لصالح المعوقين تدابير للعون الذاتي وحوافز على الالتحاق بعمل أو القيام بأنشطة ذات صلة بالعمل.

القاعدة 9- الحياة الأسرية واكتمال الشخصية

ينبغي للدول أن تشجع مشاركة المعوقين في الحياة الأسرية، وتشجع ممارسة حقهم وأن لا تميز القوانين ضدهم فيما يتعلق بإقامة العلاقات الجنسية وبالزواج وتكوين الأسرة.

1- ينبغي تمكين المعوقين من العيش مع أسرهم. وينبغي للدول أن تشجع اشتمال الإرشاد الأسري على مواد تدريبية مناسبة بخصوص العجز وآثاره في الحياة الأسرية. وينبغي أن توفر للأسر التي يوجد بها فرد معوق خدمات الرعاية في فترات الراحة وخدمات الرعاية بالمنزل. وينبغي للدول أن تذلل جميع العقبات التي لا لزوم لها أمام من يرغبون في حضانة أو تبني طفل معوق أو راشد معوق.

2- ينبغي ألا يحرم المعوقون من فرصة خوض التجربة الجنسية وإقامة علاقات جنسية وخوض تجربة تكوين الأسرة. وبالنظر إلى أن المعوقين قد تصادفهم صعوبات في الزواج وتكوين الأسر، ينبغي للدول ان تشجع توافر الإرشاد الملائم لهم. ويجب أن يتاح للأشخاص المعوقين ما يتاح لغيرهم من التعرف على

وسائل تنظيم الأسرة ومن الاطلاع على معلومات تقدم إليهم في أشكال يسهل عليهم استيعابها بشأن أداء أجسامهم لوظائفها الجنسية.

3- ينبغي للدول أن تشجع التدابير الرامية إلى تغيير ما لا يزال سائدا في المجتمع من مواقف سلبية تجاه الزواج وخاصة الفتيات والنساء المعوقات، وممارستهم للجنس وتكوين الأسرة. وينبغي تشجيع وسائط الإعلام على أن تؤدي دورا هاما في إزالة هذه المواقف السلبية.

4- يحتاج المعوقون وأسرهم إلى الحصول على كل ما يلزم من معلومات بصدد اتخاذ الاحتياطات ضد الاستغلال الجنسي وغيره من أشكال الإيذاء. فالمعوقون شديدو التعرض للاستغلال داخل الأسرة أو المجتمع أو المؤسسات، ويحتاجون إلى تعريفهم بكيفية تفادي وقوع هذا الاستغلال والى معرفة الحالات التي يقع فيها، والإبلاغ عنها.

القاعدة 10 – الثقافة

تؤمن الدول إشراك المعوقين في الأنشطة الثقافية وتمكينهم من المساهمة فيها على قدم المساواة.

1- ينبغي للدول أن تكفل للمعوقين فرص استغلال قدراتهم الإبداعية والفنية والفكرية لا لفائدتهم وحدهم بل أيضا لإثراء مجتمعهم المحلي سواء كانوا في المناطق الحضرية أو الريفية. ويذكر من هذه الأنشطة، على سبيل المثال، الرقص والموسيقى والأدب والمسرح والفنون التشكيلية والرسم والنحت. وينبغي الاهتمام، في البلدان النامية بوجه خاص، بالأشكال الفنية التقليدية والمعاصرة، مثل عروض مسرح العرائس وتلاوة المحفوظات ورواية القصص.

2- ينبغي للدول أن تعمل على تيسير دخول المعوقين إلى أماكن العروض والخدمات الثقافية، مثل المسارح والمتاحف ودور السينما والمكتبات، وعلى توفير هذه الأماكن.

3- ينبغي للدول أن تعمل على تطوير واستعمال ترتيبات تقنية خاصة لوضع المؤلفات الأدبية والأفلام والمسرحيات في متناول المعوقين

القاعدة 11- الترويح والرياضة

تتخذ الدول تدابير تكفل تكافؤ الفرص أمام المعوقين لممارسة الأنشطة الترويحية والرياضية.

1- ينبغي للدول أن تستحدث تدابير تيسير دخول المعوقين إلى أماكن الترويح والرياضة، والى الفنادق والشواطئ وساحات الألعاب الرياضية وقاعات الرياضة البدنية، وما إلى ذلك. وينبغي أن تتضمن تلك التدابير توفير الدعم للموظفين العاملين في البرامج الترويحية والرياضية، بما في ذلك المشاريع الرامية إلى استحداث طرائق للوصول إلى هذه الأماكن والمشاركة في أنشطتها، وصوغ برامج لإعلام وتدريب العاملين في تلك المجالات.

2- ينبغي للسلطات السياحية ووكالات السفر والفنادق والمنظمات الطوعية وغيرها من الجهات المعنية بتنظيم الأنشطة الترويحية أو فرص السفر أن تقدم خدماتها للجميع، مع مراعاة ما للمعوقين من احتياجات خاصة. وينبغي توفير التدريب المناسب للحفز على تلك العملية.

3- ينبغي تشجيع المنظمات الرياضية على أن تتيح للمعوقين مزيدا من فرص المشاركة في الأنشطة الرياضية. وقد يكفي احيانا لإتاحة فرص المشاركة، اتخاذ تدابير لتيسير الوصول. وفي أحيان أخرى تقتضي الحاجة باتخاذ ترتيبات خاصة وإتاحة ألعاب خاصة. وينبغي للدول أن تدعم مشاركة المعوقين في المباريات الوطنية والدولية.

4- ينبغي أن تتاح للمعوقين المشتركين في الأنشطة الرياضية فرص تعليم وتدريب تعادل في نوعيتها ما يتاح من فرص للآخرين.

5- ينبغي لمنظمي الأنشطة الرياضية والترويحية أن يستشيروا منظمات المعوقين لدى تطوير الخدمات الموجهة إلى المعوقين.

القاعدة 12- الدين

تشجع الدول اتخاذ التدابير لتحقيق مشاركة المعوقين على قدم المساواة في الحياة الدينية لمجتمعهم.

1- ينبغي للدول أن تشجع، بالتشاور مع السلطات الدينية التدابير الرامية إلى القضاء على التمييز والى تمكين المعوقين من ممارسة الأنشطة الدينية.

2- ينبغي للدول أن تشجع على توزيع معلومات عن المسائل المتعلقة بالعوق، على المؤسسات والمنظمات الدينية. وينبغي لها أيضا أن تشجع السلطات الدينية على أن تدرج في برامج التدريب الخاصة بالمهن الدينية، وكذلك في برامج التعليم الديني، معلومات عن السياسات في مجال العجز.

3- ينبغي للدول أن تتيح للأشخاص الذين يعانون من عاهات في حواسهم فرص الاطلاع على الكتابات الدينية.

4- ينبغي للدول و/أو المنظمات الدينية أن تستشير منظمات المعوقين لدى وضع تدابير تستهدف تحقيق مشاركة الأشخاص المعوقين في الأنشطة الدينية على قدم المساواة مع غيرهم.

5-

ثالثا – التدابير التنفيذية

القاعدة 13- المعلومات والبحوث

تتحمل الدول المسؤولية النهائية عن جمع وتوزيع المعلومات بشأن الأحوال المعيشية للمعوقين، وتنهض بأعباء البحوث الشاملة والمتعلقة بكل جوانب الموضوع، بما في ذلك العقبات التي تمس حياة المعوقين.

1- ينبغي للدول أن تجمع، على فترات منتظمة، الإحصاءات المتعلقة بالجنسين وغيرها من المعلومات عن الأحوال المعيشية للمعوقين. ويمكن أن يكون جمع هذه المعلومات مقترنا بعمليات التعداد الوطني واستقصاءات الأسر المعيشية. ويمكن إجراء هذه الاستقصاءات بالتعاون الوثيق مع عدة جهات من بينها الجامعات ومعاهد البحوث ومنظمات المعوقين. وينبغي أن يتضمن جمع البيانات أسئلة عن البرامج والخدمات وعن أوجه الإفادة منها.

2- ينبغي للدول أن تنظر في إمكانية إنشاء مصرف للبيانات خاص بالعجز، يضم إحصاءات عن الخدمات والبرامج المتاحة وكذلك مختلف فئات المعوقين. وينبغي لها أن تضع في اعتبارها ضرورة حماية الخصوصية الفردية واكتمال الشخصية.

3- ينبغي للدول أن تستحدث وتدعم برامج للبحوث عن المسائل الاجتماعية والاقتصادية ومسائل المشاركة التي تمس حياة المعوقين وحياة أسرهم. وينبغي أن تتضمن هذه البحوث دراسات عن أسباب العجز وأنواعه وتواتره ومدى توافر البرامج القائمة وفعاليتها والحاجة إلى تطوير وتقييم الخدمات والتدابير الداعمة.

4- ينبغي للدول أن تطور وتعتمد مصطلحات ومعايير لإجراء الدراسات الاستقصائية الوطنية بالتعاون مع منظمات المعوقين.

5- ينبغي للدول أن تيسر مشاركة المعوقين في جمع المعلومات وإجراء البحوث. ولإجراء تلك البحوث ينبغي للدول أن تقوم بوجه خاص بتشجيع توظيف أشخاص اكفياء من بين المعوقين.

6- ينبغي للدول أن تدعم تبادل نتائج البحوث وتبادل الخبرات.

7- ينبغي للحكومات أن تتخذ تدابير لتعميم المعلومات والمعارف عن العجز على جميع المستويات السياسية والإدارية داخل المجالات الوطنية والإقليمية والمحلية.

القاعدة 14- تقرير السياسات والتخطيط

تكفل الدول مراعاة جوانب العجز في جميع ما يتصل بذلك من تقرير السياسات والتخطيط الوطني.

1- ينبغي للدول أن تستخدم وتخطط سياسات ملائمة على الصعيد الوطني لصالح المعوقين ، وأن تنشط وتدعم التدابير التي تتخذ على الصعيدين الإقليمي والمحلي فيها.

2- ينبغي أن تشرك الدول منظمات المعوقين في كل عمليات اتخاذ القرارات بشأن الخطط والبرامج المتعلقة بالمعوقين أو التي تمس أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية.

3- ينبغي إدراج احتياجات المعوقين في الخطط الإنمائية العامة، بدلا من تناولها على حدة.

4- لا يعني تحمل الدول للمسؤولية النهائية عن وضع المعوقين إعفاء الآخرين من مسؤولياتهم. وينبغي تشجيع أي شخص يتولى مسؤولية خدمات أو أنشطة أو توفير معلومات في المجتمع، على أن يتقبل المسؤولية عن إتاحة هذه البرامج للمعوقين.

5- ينبغي أن تتخذ الدول إجراءات تيسر للمجتمعات المحلية صوغ ووضع تدابير لصالح المعوقين. ويمكن أن يكون من وسائل تحقيق ذلك إعداد كتيبات إرشادية أو قوائم حصر وتنظيم برامج تدريبية للموظفين المحليين.

القاعدة 15- التشريع

الدول مسئولة عن إرساء الأسس القانونية للتدابير الرامية إلى بلوغ هدف المشاركة والمساواة الكاملتين للمعوقين.

1- ينبغي ان تتضمن التشريعات الوطنية التي تنص على حقوق المواطنين وواجباتهم، حقوق المعوقين وواجباتهم . وتكون الحكومات ملزمة بتمكين المعوقين من ممارسة حقوقهم ، بما فيها الإنسان والحقوق المدنية والسياسية ، على قدم المساواة مع سائر المواطنين. ويجب أن تكفل الدول مشاركة منظمات المعوقين في وضع التشريعات الوطنية بشأن حقوق المعوقين، وكذلك مشاركتهم في التقييم المتواصل لهذه التشريعات.

2- قد يلزم اتخاذ إجراءات تشريعية للقضاء على الظروف التي قد تؤثر سلبا في حياة المعوقين، بما في ذلك مضايقتهم أو إلحاق الأذى بهم. ويجب القضاء على أية ممارسات تمييزية ضدهم. وينبغي أن تنص التشريعات الوطنية على جزاءات ملائمة في حالة انتهاك مبادئ عدم التمييز.

3- ويمكن أن تصدر التشريعات الوطنية بشأن المعوقين في أحد شكلين: فمن الممكن إدراج الحقوق والواجبات ضمن التشريعات العامة أو ضمن تشريعات خاصة. وهناك عدة طرائق لن تشريعات خاصة بالمعوقين:

(أ) سن قوانين منفصلة تقتصر على مسائل العجز.

(ب) إدراج مائل العجز في قوانين تتناول مواضيع معينة.

(ت) ذكر المعوقين ، على وجه التحديد ، في النصوص التفسيرية للتشريعات السارية.

وقد يكون من المستصوب الجمع بين مختلف هذه النهج، ويمكن أيضا النظر في وضع أحكام بشأن العمل الايجابي.

4- وقد تنظر الدول في إنشاء آليات قانونية رسمية للنظر في الشكاوى بغية حماية مصالح المعوقين.

القاعدة 16- السياسات الاقتصادية

تتحمل الدول المسؤولية المالية عن البرامج والتدابير الوطنية الرامية إلى تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين.

1- ينبغي للدول أن تدرج المسائل المتعلقة بالعجز في الميزانيات العادية لجميع الهيئات الحكومية، الوطنية منها والإقليمية والمحلية.

2- ينبغي للدول والمنظمات غير الحكومية وغيرها من الهيئات المهتمة ان تتعاون لاستبانة أكثر الطرق فعالية في دعم المشاريع والتدابير ذات الصلة بالأشخاص المعوقين.

3- ينبغي للدول أن تنظر في استعمال تدابير اقتصادية (منح قروض وإعفاءات ضريبية وإعانات مخصصة وصناديق خاصة وغيرها) لحفز ودعم المشاركة المتكافئة في المجتمع من جانب المعوقين.

4- قد يكون من المستصوب، في كثير من الدول، إنشاء صندوق إنمائي خاص بالعجز يمكن أن يدعم مشاريع نموذجية مختلفة وبرامج المساعدة الذاتية على مستوى القاعدة الشعبية.

القاعدة 17- تنسيق العمل

تتولى الدول مسؤولية إنشاء وتعزيز لجان التنسيق الوطنية، أو أجهزة أخرى تماثلها، كي تؤدي دور جهات وصل وطنية فيما يتعلق بمائل العجز.

1- ينبغي أن تكون لجنة التنسيق الوطنية أو الهيئات المماثلة دائمة، وينبغي أن تستند إلى انظمة قانونية وكذلك أنظمة إدارية مناسبة.

2- أغلب الظن أن ضم جهود ممثلي المنظمات العامة والخاصة إلى بعضها سيحقق تشكيلا مشتركا بين القطاعات ومتعدد التخصصات. ويمكن انتقاء

هؤلاء الممثلين من الوزارات الحكومية المعنية ومنظمات المعوقين والمنظمات غير الحكومية.

3- ينبغي أن يكون لمنظمات المعوقين نفوذ كبير في لجنة التنسيق الوطنية، بغية تزويد تلك اللجنة بقدر مناب من المعلومات عن اهتماماتهم.

4- ينبغي منح لجنة التنسيق الوطنية قدرا من الاستقلال الذاتي والموارد ، يمكنها من الوفاء بمسؤولياتها فيما يتعلق بقدراتها على صنع القرار وأن ترفع تقاريرها إلى أعلى الجهات الحكومية.

القاعدة 18- منظمات المعوقين

ينبغي للدول أن تعترف بحق منظمات المعوقين في تمثيل المعوقين على الأصعدة الوطنية والإقليمية. وينبغي الاعتراف بالدور الاستشاري لمنظمات المعوقين في اتخاذ القرارات بشأن مسائل العجز.

1- ينبغي للدول أن تشجع وتدعم، اقتصاديا وبوسائل أخرى، إنشاء وتعزيز منظمات المعوقين وأفراد أسرهم و/أو المدافعين عن قضيتهم. وينبغي لها أن تسلم بان لتلك المنظمات دورا تؤديه في صوغ السياسة العامة المتعلقة بالعجز.

2- ينبغي للدول أن تقيم اتصالات مستمرة مع منظمات المعوقين وأن تكفل لها المشاركة في وضع السياسات الحكومية.

3- يمكن أن يتمثل دور منظمات المعوقين في تحديد الاحتياجات والأولويات والمشاركة في تخطيط وتنفيذ وتقييم الخدمات والتدابير المتعلقة بحياة المعوقين، والإسهام في نشر الوعي لدى الجماهير، والدعوة إلى التغيير.

4- تقوم منظمات المعوقين، باعتبارها أدوات للمساعدة الذاتية، بتوفير وتعزيز الفرص لتطوير المهارات في مختلف الميادين، وتعزيز الدعم المتبادل بين أعضائها وتقاسمهم للمعلومات.

5- يمكن لمنظمات المعوقين أن تؤدي دورها الاستشاري بطرائق شتى مثل : أن تكون ممثلة بصفة دائمة في مجالس الهيئات التي تمولها الحكومات، وأن تشترك في عضوية اللجان العامة، وأن توفر المعارف المتخصصة بشأن المشاريع المختلفة.

6- ينبغي أن يكون أداء منظمات المعوقين لدورها الاستشاري متواصلا، وذلك من أجل تنمية وتعميق تبادل وجهات النظر والمعلومات بين الدولة والمنظمات.

7- ينبغي أن تكون المنظمات ممثلة تمثيلا دائما في لجنة التنسيق الوطنية أو الهيئات المماثلة.

8- ينبغي تطوير وتعزيز دور منظمات المعوقين المحلية، ضمانا لممارسة تأثيرها في مجرى الأمور على مستوى المجتمعات المحلية.

القاعدة 19- تدريب الموظفين

تتولى الدول مسؤولية توفير التدريب الملائم للموظفين المعنيين، على جميع المستويات، بتخطيط وتوفير البرامج والخدمات المتعلقة بالمعوقين.

1- ينبغي للدول أن تكفل قيام جميع الجهات التي تقدم الخدمات في مجال العجز بتوفير تدريب مناسب لموظفيها.

2- ينبغي أن يتجلى مبدأ المشاركة والمساواة الكاملتين بوضوح في تدريب الفنيين العاملين في مجال العجز، وكذلك فيما يقدم ضمن برامج التدريب العام من معلومات عن العجز.

3- ينبغي للدول أن تصوغ البرامج التدريبية بالتشاور مع منظمات المعوقين، كما ينبغي إشراك أشخاص معوقين، كمدرسين أو مدربين أو مستشارين، في برامج تدريب الموظفين.

4- يتم تدريب الأخصائيين العاملين في المجتمعات المحلية بأهمية إستراتيجية كبيرة، وخاصة في البلدان النامية، وينبغي أن يشترك فيها أشخاص من المعوقين، وأن يشمل ترقية القيم والكفاءات والتكنولوجيات المناسبة، وكذلك المهارات التي يمكن أن يمارسها المعوقون وذووهم وأسرهم وأفراد المجتمع المحلي.

القاعدة 20- رصد وتقييم برامج العجز على الصعيد الوطني في مجال تنفيذ القواعد الموحدة

تتولى الدول مسؤولية الدأب على رصد وتقييم وتنفيذ البرامج والخدمات الوطنية الخاصة بتحقيق تكافؤ الفرص لصالح المعوقين.

1- ينبغي للدول أن تجري، بصفة دورية ومنتظمة، تقييما للبرامج الوطنية المعنية بالعجز، وأن تعمل على نشر أسس ونتائج عمليات التقييم.

2- ينبغي للدول أن تطور وتعتمد من المصطلحات والمعايير ما يلزم لتقييم البرامج والخدمات التي تتصل بمجال العجز.

3- ينبغي أن تعد هذه المعايير والمصطلحات منذ بداية المراحل المفاهيمية والتخطيطية، بالتعاون الوثيق مع منظمات المعوقين .

4- ينبغي للدول أن تشارك في التعاون الدولي من أجل وضع معايير مشتركة للتقييم الوطني في مجال العجز، وينبغي لها أيضا أن تشجع لجان التنسيق الوطنية على أن تشارك هي أيضا في ذلك.

5- ينبغي ترسيخ عملية تقييم مختلف البرامج في مجال العجز منذ مرحلة التخطيط ، لكي يتسنى تقدير فعاليتها الشاملة في تحقيق أهدافها المتعلقة بالسياسات .

القاعدة 21- التعاون التقني والاقتصادي

تقع على عاتق الدول، الصناعية منها والنامية، مسؤولية التعاون على تحسين الأحوال المعيشية للمعوقين في البلدان النامية واتخاذ التدابير اللازمة لذلك.

1- ينبغي إدراج التدابير الرامية إلى تحقيق تكافؤ الفرص لصالح المعوقين، ومنهم اللاجئون المعوقون، في صلب البرامج الإنمائية العامة.

2- يجب أن تندرج هذه التدابير في جميع أشكال التعاون التقني والاقتصادي، الثنائي والمتعدد الأطراف، والحكومي وغير الحكومي، وينبغي للدول أن تثير مسائل العجز في المناقشات التي تجريها مع نظيرتها بشأن هذا التعاون.

3- ينبغي ايلاء عناية خاصة، لدى تخطيط واستعراض برامج التعاون التقني والاقتصادي إلى آثار هذه البرامج في أحوال المعوقين. ومن الأهمية القصوى استشارة المعوقين ومنظماتهم بشأن أي مشاريع إنمائية تصمم لهم. وينبغي إشراكهم مباشرة في صوغ هذه المشاريع وتنفيذها وتقييمها.

4- ينبغي أن تتضمن مجالات التعاون التقني والاقتصادي ذات الأولوية ما يلي:

أ- تنمية الموارد البشرية عن طريق تنمية مهارات المعوقين وقدراتهم وطاقاتهم والشروع في تنفيذ أنشطة توفر فرص العمل بحيث تبذل لصالح المعوقين ويضطلع بها المعوقون أنفسهم.

ب- استحداث وتوزيع تكنولوجيات ودرايات فنية ملائمة ذات صلة بالعجز.

5- تلاقي الدول التشجيع ايضا على دعم تشكيل منظمات المعوقين وتعزيزها.

6- ينبغي للدول أن تتخذ تدابير لتحسين المعارف المتصلة بمسائل العجز في أوساط الموظفين المعنيين، على كل المستويات، بإدارة برامج التعاون التقني والاقتصادي.

القاعدة 22- التعاون الدولي

تشارك الدول مشاركة ايجابية في التعاون الدولي المرتبط بسياسات تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين.

1- ينبغي للدول أن تشارك، في إطار الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة وغيرها من المنظمات الحكومية الدولية المعنية، في وضع سياسة عامة متعلقة بالعجز.

2- ينبغي للدول، حيثما اقتضى الأمر، إدراج جوانب العجز في المفاوضات العامة بشأن المعايير وتبادل المعلومات والبرامج الإنمائية وما إلى ذلك.

3- ينبغي للدول أن تشجع وتدعم تبادل المعارف والخبرات فيما بين:

أ- المنظمات غير الحكومية المعنية بمسائل العجز.

ب- مؤسسات البحوث المعنية بمسائل العجز والباحثين من الأفراد المعنيين بتلك المسائل.

ت- ممثلي البرامج الميدانية وممثلي الفئات المهنية المختصة بمجال العجز.

ث- منظمات المعوقين.

ج- لجان التنسيق الوطنية.

4- ينبغي أن تتأكد الدول من أن الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة، وكذلك الهيئات الحكومية الدولية والهيئات التداولية الدولية العاملة على

الصعيدين العالمي والإقليمي تشرك في أعمالها منظمات المعوقين العالمية والإقليمية.

رابعا – آلية الرصد

1- الغرض من آلية الرصد هو تعزيز التنفيذ الفعال للقواعد الموحدة. وتساعد كل دولة على تقييم مستوى تنفيذها للقواعد الموحدة وقياس التقدم الذي تحرزه فيه. وينبغي لعملية الرصد أن تستبين العقبات وتقترح تدابير مناسبة تسهم في إنجاح تنفيذ القواعد الموحدة. وينبغي لآلية الرصد أن تدرك الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الموجودة في كل دولة على حدة. وينبغي أن يكون من العناصر الهامة أيضا توفير الخدمات الاستشارية وتبادل الخبرات والمعلومات بين الدول.

2- يرصد في إطار دورات لجنة التنمية الاجتماعية تنفيذ القواعد الموحدة بشأن تكافؤ الفرص للمعوقين. ويعين مقرر خاص لديه خبرة عريضة وإلمام واسع بالمسائل المتعلقة بالعجز والمنظمات الدولية لمدة ثلاث سنوات، ويمول، عند الضرورة، من موارد خارجة عن الميزانية، لرصد تنفيذ القواعد الموحدة.

3- ينبغي دعوة منظمات المعوقين الدولية ذات المركز الاستشاري لدى المجلس الاقتصادي والاجتماعي، والمنظمات التي تمثل أشخاصا معوقين لم ينشئوا بعد المنظمات الخاصة بهم، إلى أن تنشئ فريق خبراء مشتركا بينها، يكون فيه لمنظمات المعوقين الأغلبية، مع مراعاة أنواع العجز المختلفة وضرورة التوزيع الجغرافي العادل، لكي يستشيره المقرر الخاص وتستشيره الأمانة العامة، عند الاقتضاء.

4- سيتلقى فريق الخبراء من المقرر الخاص التشجيع على عرض القواعد الموحدة وترويجها وتنفيذها ورصدها، وعلى تقديم ما يلزم من مشورة وإفادات استرجاعية واقتراحات في هذا المجال.

5- على المقرر الخاص ان يرسل مجموعة من الأسئلة إلى الدول، والكيانات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية، بما فيها منظمات المعوقين. وينبغي ان تتناول مجموعة الأسئلة خطط تنفيذ القواعد الموحدة في الدول. وينبغي أن تكون الأسئلة انتقائية وان تشمل عددا من القواعد المحددة التي يلزمها تقييم متعمق. وينبغي للمقرر الخاص، لدى إعداد الأسئلة، أن يتشاور مع فريق الخبراء ومع الأمانة العامة.

6- يسعى المقرر الخاص لإقامة حوار مباشر، ليس فقط مع الدول بل كذلك مع المنظمات غير الحكومية المحلية، فيطلب منها آراءها وتعليقاتها بشأن اية معلومات يبتغي إدراجها في التقارير. كما يقدم المقرر الخاص خدمات استشارية تتصل بتنفيذ ورصد القواعد الموحدة وبالمساعدة في تحضير الردود على مجموعات الأسئلة.

7- يضطلع مركز التنمية الاجتماعية والشؤون الإنسانية بالأمانة العامة، بوصفه جهة التنسيق التابعة للأمم المتحدة والمعنية بمسائل العجز، وكذلك برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وسائر كيانات وأجهزة منظومة الأمم المتحدة. ومنها اللجان الإقليمية والوكالات المتخصصة والاجتماعات المشتركة بين الوكالات، بالتعاون مع المقرر الخاص على تنفيذ ورصد القواعد الموحدة على الصعيد الوطني.

8- يعد المقرر الخاص، بمساعدة من الأمانة، تقارير يقدمها إلى لجنة التنمية الاجتماعية في دورتيها الرابعة والثلاثين والخامسة والثلاثين. وعليه أن يتشاور مع فريق الخبراء حول إعداد تلك التقارير.

9- ينبغي أن تشجع الدول لجان التنسيق الوطنية، أو الهيئات المماثلة لها على المشاركة في عمليتي التنفيذ والرصد وينبغي تشجيع هذه اللجان، بوصفها جهات التنسيق في مسائل العجز على الصعيد الوطني، على وضع الإجراءات اللازم إتباعها في التنسيق لرصد القواعد الموحدة. كما ينبغي تشجيع

منظمات المعوقين على الإشتراك بنشاط في الرصد ، وذلك على كل المستويات العملية.

10- ينبغي، إذا وجدت موارد خارجة عن الميزانية، إنشاء منصب واحد أو أكثر للمستشارين الإقليميين المعنيين بالقواعد الموحدة، من أجل تقديم خدمات مباشرة إلى الدول، تتناول، فيما تتناوله، ما يلي:

أ- تنظيم حلقات تدريبية وطنية وإقليمية بشأن محتوى القواعد الموحدة.

ب- وضع مبادئ توجيهية لتقديم المساعدة فيما يخص استراتيجيات تنفيذ القواعد الموحدة.

ت- نشر المعلومات عن أفضل الممارسات المتعلقة بتنفيذ القواعد الموحدة.

11- ينبغي للجنة التنمية الاجتماعية أن تنشئ، خلال دورتها الرابعة والثلاثين، فريقا عاملا مفتوح العضوية ينظر في تقرير المقرر الخاص ويقدم التوصيات بشأن تحسين تنفيذ القواعد الموحدة. ولدى النظر في تقرير المقرر الخاص، تتشاور هذه اللجنة، عن طريق فريقها العامل المفتوح العضوية، مع المنظمات الدولية للمعوقين والوكالات المتخصصة، وذلك وفقا للمادتين 71 و 76 من النظام الداخلي للجان الفنية التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي.

12- ينبغي أن تدرس اللجنة، في الدورة التي تعقدها بعد انقضاء ولاية المقرر الخاص إمكان تجديد تلك الولاية أو تعيين مقرر خاص جديد أو النظر في إنشاء آلية رصد أخرى، وينبغي لها أن تقدم التوصيات الملائمة في هذا الشأن إلى المجال الاقتصادي والاجتماعي.

13- ينبغي تشجيع الدول على المساهمة في صندوق الأمم المتحدة للتبرعات لصالح العجز، توخيا لتعزيز تنفيذ القواعد الموحدة.

بيان موقف مشترك لمنظمات الامم الأمم المتحدة حول التأهيل في المجتمع المحلي 1994

التأهيل في المجتمع المحلي CBR

مقدمة

اجتمع في العام الماضي ممثلو الأجهزة المعنية في منظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة ومنظمة الصحة العالمية لمناقشة مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي، وتبادل المعلومات المستمدة من الخبرات في هذا المجال والاتفاق على نهج مشترك لترويج برامج التأهيل في المجتمع المحلي، وتيسير التنسيق بين القطاعات وتعاونها في تنفيذ هذه البرامج.

وتستهدف الورقة الحالية أن توضح لواضعي السياسات ومديري البرامج غايات التأهيل المجتمعي وأساليب تنفيذه كما تتناول مسألة استمراره وبقائه. والمأمول أيضا أن تشجع الحكومات والمنظمات غير الحكومية على عرض ما تم انجازه تحت عنوان " التأهيل المجتمعي" أو المفاهيم المماثلة، واعتماد هذا "التأهيل" في السياسات والبرامج العامة لتنمية المجتمع المحلي. وتود الوكالات المشتركة في هذه الورقة بصفة خاصة تشجيع التعاون بين العاملين في مجالات الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية، والعمل من جهة، وبين العاملين في ميدان التأهيل ومنظمات المعوقين أو المنظمات المعنية بأمرهم من جهة أخرى.

أهداف التأهيل في المجتمع المحلي

الهدف الرئيسي للتأهيل المجتمعي هو ضمان قدرة المعوقين على الوصول بإمكاناتهم البدنية والعقلية إلى مستواها الأقصى، والانتفاع بالخدمات والفرص العادية، وتحقيق الاندماج الكامل في مجتمعاتهم. ويستند هذا الهدف إلى المفهوم الأوسع شمولا للتأهيل، أي المفهوم المنطوي على تحقيق المساواة في الفرص والاندماج في المجتمع المحلي. والتأهيل المجتمعي في مفهومه الواسع، يعتبر نهجا شاملا يضم الوقاية من حدوث الإعاقة والتأهيل في أنشطة الرعاية الصحية الأولية، وإدماج الأطفال المعوقين في المدارس العادية، وتوفير فرص النشاط الاقتصادي المربح للراشدين المعوقين.

والتأهيل المجتمعي بوصفه عنصرا من عناصر السياسة الاجتماعية، يعزز حقوق المعوقين في الحياة داخل مجتمعاتهم المحلية، والتمتع بالصحة والرفاه، والمشاركة الكاملة في الأنشطة التعليمية والاجتماعية والثقافية والدينية والاقتصادية والسياسية جميعا.

ويقتضي التأهيل المجتمعي من الحكومات أن تحيل المسؤولية والموارد اللازمة في هذا الصدد إلى المجتمعات المحلية، حتى يمكنها أن توفر القاعدة الأساسية اللازمة للتأهيل.

وللتأهيل المجتمعي يصلح للبلدان النامية على السواء. كما أن الأساليب العامة المستخدمة لتنفيذه تصلح للتطبيق في أي من الإطارين أو السياقين. أما الأساليب التفصيلية والموارد المتاحة لتنفيذ التأهيل المجتمعي فلا شك أنها ستتباين من بلد لآخر.

ويعرض التعريف الوارد أدناه العناصر الجوهرية في التأهيل استنادا إلى المجتمع المحلي.

"التأهيل في المجتمع المحلي هو إستراتيجية تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف الى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص،والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من اعاقة ما . وينفذ من خلال الجهود المتضافرة للمعوقين أنفسهم، ولأسرهم ، ولمجتمعاتهم المحلية ، وللمرافق الصحية والتربوية والمهني والاجتماعية والمعنية" .

وسائل تنفيذ التأهيل في المجتمع المحلي

ينبغي النظر إلى التأهيل المجتمعي أولا وقبل كل شيء على انه برنامج يخص المجتمع المحلي، كما تمثله السلطة أو الحكومة المحلية. وينبغي اعتباره عنصرا من عناصر السياسة الاجتماعية والتعليمية والصحية على جميع المستويات، وبصفة خاصة على أكثر المستويات لا مركزية في القطاع العام. وبالنسبة للسياسة الوطنية ينبغي اعتبار التأهيل المجتمعي جزءا من الجهد الذي يبذله البلد المعني لصالح سكانه المعوقين أيا كانت أعمارهم أو اشكال إعاقتهم. وفي إطار السياسات على مستوى المحافظة والمقاطعة يلقى التأهيل المجتمعي الدعم عن طريق مرافق الإحالة وبواسطة نقل المعلومات إلى المجتمعات المحلية. وعلى مستوى المجتمع المحلي، يجرى تنفيذ سياسة الإدماج تحت إشراف ومراقبة المجتمع المحلي، الذي يعتبر هو (المالك) لبرنامج التأهيل المجتمعي ويسند دورا هاما إلى المعوقين وأسرهم.

ومن ثم فإن الأساليب العامة لتطوير التأهيل المجتمعي تشمل صياغة وتنفيذ السياسات المساندة لهذا التأهيل، وتشجيع ومساندة المجتمعات المحلية لتمكينها من النهوض بمسؤولية تأهيل أعضائها الذين يعانون من الإعاقة، وتعزيز مرافق الإحالة لأغراض التأهيل في مجالات الصحة والتعليم لأغراض التأهيل في مجالات الصحة والتعليم والعمل على مستوى المراكز الإدارية المحلية والمقاطعات

وعلى المستوى الوطني، وإنشاء نظام لإدارة البرامج وتقييمها في هذا الصدد. وتعتبر مشاركة المعوقين أنفسهم في جميع هذه الأنشطة أمرا جوهريا.

وقد يأتي الحافز إلى وضع سياسة وطنية لدعم التأهيل المجتمعي من مصدر خارجي، مثل توصيات برنامج العمل العالمي بشأن الأشخاص المعوقين، الذي أعد خلال عقد الأمم المتحدة للمعوقين، وقد يأتي هذا الحافز أيضا من ضغوط داخلية في البلد المعني، يمكن أن ترجع إلى مبادرات من منظمات المعوقين، أو من ممثلين للقطاعات المعنية بالتأهيل، أو من مزيج من الاثنين. وعندما توضع سياسة للتأهيل المجتمعي على المستوى الوطني، فإنها ينبغي أن تنعكس في أولويات السياسة والبرامج في جميع القطاعات وعلى جميع المستويات الأخرى.

وكثيرا ما تكون مبادرة المجتمع المحلي إلى العمل في مجال التأهيل المجتمعي مدفوعة من خارجه، يرجح أن يكون من الوزارة أو اللجنة أو المنظمة المسئولة عن البرامج وعقب المناقشات المبدئية مع الممثلين القادمين من خارج المجتمع المحلي يتعين عليه أن يقرر ما إذا كان التأهيل المجتمعي سيصبح جزءا من أنشطته الإنمائية الجارية كما ينبغي أن يكون أمر تقرير تحمل المسؤولية عن البرنامج من سلطة مختلف الشركاء المعنيين في المجتمع المحلي، مثل لجنة تنمية المجتمع المحلي، أو منظمات الأشخاص المعوقين، أو غير ذلك من المنظمات غير الحكومية. فإذا قرر المجتمع المحلي بدء برنامج التأهيل المجتمعي، تعين على إدارة هذا البرنامج أن توفر ما يلزم من خدمات الدعم والإحالة وقدرا كافيا من التوعية والإعداد والحشد. ومن المهم التشديد هنا على ضرورة الإعداد والتحضير على جميع المستويات.

ويمكن أن يوفر التأهيل المجتمعي وسائل الدمج الاجتماعي لجميع الأفراد المعوقين في المجتمع المحلي، أو أن يكون أكثر محدودية في إنجازاته. والأمر يتوقف على كل حال على مدى التزام المجتمع المحلي، وعلى موارده، وخدمات الدعم التي يتلقاها من الحكومة ومن المنظمات غير الحكومية. فما يتوافر من موارد سلطة

بلدية في بلد صناعي يختلف عما يتوافر في مدينة ريفية في بلد نام، وإن تساوت الحكومتان في مدى التزامهما بمعاونة أفراد مجتمعيهما المعوقين. كما أن الحكومتين ستعتمدان - ولو بدرجة متفاوتة- على تلقي قدر من الدعم من المستويات الإدارية الأخرى.

ويتمثل هذا الدعم في مساعدة أعضاء المجتمع المحلي لتمكينهم من المشاركة النشطة في برنامج التأهيل المجتمعي، وكما يتمثل في تقديم الدعم المباشر للأفراد المعوقين من أجل العلاج، والتعليم، أو المعدات التي لا يمكنهم الحصول عليها على مستوى المجتمع المحلي.

دعم أعضاء المجتمع المحلي

تتطلب برامج التأهيل المجتمعي دعما أوليا من إدارة البرامج من اجل نقل المعارف والمهارات التي يحتاج إليها أعضاء المجتمع المحلي لتنفيذ أنشطة التأهيل، كما تتطلب دعما مستمرا مثل التدريب وخدمات إحالة وخدمات مرجعية. فالمدرس الذي يوجد بين تلاميذه طفل كفيف، وموظف الرعاية الصحية الأولية الذي ينتظر منه أن يساعد طفلا مشلول الساقين على المشي، والميكانيكي الذي يتساءل عما إذا كان يمكن تدريب الشاب المعاق سمعيا على أعمال الميكانيكا، والمعالج التقليدي الذي لا يستطيع علاج السلوك الغريب لأحد الأطفال، والمختار أو العمدة الذي يريد التخطيط لإنشاء قاعة للمجتمع المحلي يسهل بلوغها- كل هؤلاء الأعضاء في المجتمع المحلي يحتاجون إلى معارف عن أوجه الإعاقة والى إرشاد بشأن كيفية معاونة الأشخاص المعوقين.

ويقتضي تحقيق أهداف التأهيل المجتمعي أن تعزز المجتمعات المحلية قدراتها على معاونة المعوقين وأسرهم. ومن المسؤوليات الأساسية التي تقع على عاتق إدارة برنامج التأهيل المجتمعي والعاملين فيه ضمان حصول المجتمع المحلي المعني والأسر المستهدفة على المعلومات الضرورية بشأن مختلف أوجه الإعاقة بما في

ذلك المعارف والمهارات اللازمة لمعاونة المعوقين على تنمية قدراتهم وتطويرها. ويجب أن تكون المعلومات بسيطة الصياغة وعملية، وفي نفس الوقت شاملة. وأن تتضمن حقائق فيما يتعلق بمشكلات العيش مع الإعاقة، مثل تطور نمو الطفل وأنشطة الحياة اليومية، والتعليم المدرسي، والتدريب المهني والعمل، فضلا عن الإرشاد إلى كيفية تحديد واستخدام الموارد داخل المجتمع المحلي وخارجه.

وينبغي أن تكون هذه المعلومات واقعية، وأن تستثير ردود أفعال ايجابية، وأن توجد وعيا وحافزا إلى تغيير العادات والتحيزات والمواقف السلبية، وأن تخاطب القيم الثقافية والأخلاقية الايجابية.

ويتطلب إعداد ونشر المعلومات السابقة جهدا جامعا من عدة تخصصات من جانب الإدارات الحكومية والوكالات والمنظمات المعنية وخاصة منظمات المعوقين. ولا ريب في أن الإنتاج المشترك لهذه المواد يرفع من درجة مصداقيتها وفعاليتها.

خدمات ومرافق الإحالة

إن المجتمع المحلي يستطيع أن ينهض بجانب كبير من عملية التأهيل، غير أن هناك حالات لا يمكن فيها أن ينتظر من المجتمع المحلي أن تتوافر لديه الخبرة للقيام بمهام معينة. فموظف التأهيل لا يمكنه أن يقوم ساقا مشوهة، أو أن يقرر متى يمكن لطفل أجريت له جراحة لتصحيح تشوه أن يبدأ المشي. فمرافق الإحالة ضرورية لإجراء الجراحة، وضرورية أيضا بتقديم المشورة اللاحقة للطفل والأسرة، ولموظف التأهيل المجتمعي. وقد تكون لبعض الأطفال والراشدين المعوقين احتياجات خاصة في مجال التعليم أو التدريب على المهارات لا يمكن الوفاء بها على مستوى المجتمع المحلي. وقد يحتاج هؤلاء الأفراد إلى عمليات تقييم وتدخل تستلزم مهارات لا تتوافر إلا لدى اخصائيين من خارج المجتمع المحلي. ومن المهم لمصداقية برنامج التأهيل المجتمعي أن يكون المجال متاحا للمعوقين للاستفادة من الخدمات والتسهيلات المتخصصة. ولذا فإن الصلة بمراكز الإحالة، وعملية الإحالة المتبادلة

بين المجتمع المحلي وهذه المراكز، قد لا تقل أهمية بالنسبة للتأهيل المجتمعي عن الخدمات المتوفرة محليا.

وينبغي أن تعمل مرافق الإحالة، التي توفرها القطاعات الاجتماعية والصحية والتعليمية وقطاع العمل، في تعاون وثيق كي تدعم المجتمع المحلي وتجري الاختيارات الملائمة بين مختلف الخدمات المتخصصة. ولا يكفي أن يتوافر لكل مرفق بمفرده من هؤلاء نظام جيد للاتصال بالمجتمعات المحلية، وإنما يجب أيضا أن تقيم مختلف القطاعات تعاونا وثيقا فيما بينها.

برامج التأهيل في المجتمع المحلي القابلة للاستمرار

ترتهن قابلية برنامج التأهيل المجتمعي للاستمرار بتوافر ثلاثة شروط وعوامل أساسية، هي: تجلي حاجة في المجتمع المحلي، وحدوث استجابة داخل هذا المجتمع المحلي تبين استعداده للإيفاء بتلك الحاجة، وتوافر الدعم اللازم من خارج المجتمع المحلي المعني. وإذا غاب واحد من هذه العوامل الثلاثة، فشل التأهيل المجتمعي. ولا يمكن توقع اشتراك المجتمع المحلي في هذا الجهد ما لم ينشأ فيه إدراك للحاجة، ولا يمكن تقديم الدعم للمجتمع المحلي ما لم يتوافر لديه الاستعداد للوفاء بتلك الحاجة.

تحديد الاحتياجات

تسعى الإدارة الجيدة دائما إلى تعيين ما يحتاجه الأشخاص المعوقون وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية. كما أن إدارة برنامج التأهيل المجتمعي عليها أن تتيح لكل مجتمع محلي أن يعين أولوياته فيما يتعلق بتأهيل الأشخاص المعوقين وإدماجهم اجتماعيا ويجب أن يشارك المعوقون وأسرهم في عملية تحديد تلك الأولويات بفعالية. وإذا لم يتجه البرنامج إلى إشباع الاحتياجات التي حددها أقرب المعنيين بمشكلة المعوقين، إنه لا يمكن أن يكون فعالا. غير أن الجهات الأخرى من خارج المجتمع المحلي يمكنها أيضا أن تشير بتدابير يجدر اتخاذها فيما يتعلق

بحقوق الأشخاص المعوقين، دون أن تكون هذه التدابير قد تم تحديدها من قبل المجتمع المحلي المهني، ولكن يمكن طرحها بصورة واقعية.

استجابة المجتمع المحلي

من أجل ضمان استجابة المجتمع المحلي لما يدركه من احتياجات، يجب مناقشة انشطة التأهيل المجتمعي مع قادة المجتمع المحلي المعنيين الذين يقررون في نهاية الأمر ما ينهض به مجتمعهم المحلي من انشطة.

وينبغي أن يجري ذلك بالتشاور مع الأشخاص المعوقين انفسهم، ومع أسرهم ومنظماتهم. ويلاحظ أن الحجج المستندة إلى الاعتبارات التقنية يرجح الا تكون ذات تأثير يذكر على المجتمع المحلي المعني. وأكثر المداخل احتمالا للنجاح هو مدخل السعي المشترك للتوصل إلى افضل استجابة ممكنة في نطاق القيود القائمة، مع الاعتراف بأن المجتمع المحلي وقيادته هم أصحاب الكلمة الأخيرة في هذا الشأن. فبرنامج التأهيل المستند آلي المجتمع المحلي، الذي لا يعتبره المجتمع المحلي المعني خطته الخاصة به، إن هو إلا امر مناقض لذاته.

توافر الدعم

إن توافر سياسة حكومية تشجع جهود المجتمع المحلي لصالح الأشخاص المعوقين يمكن أن يسهم في تعزيز استعداد المجتمع المحلي للمشاركة في التأهيل المجتمعي. ومن اليسير على المجتمع المحلي أن يعرف ما إذا كانت جهوده تلقى التشجيع من المستويات الأعلى، لأن التشجيع الحكومي الصادق لا بد أن ينعكس في أشكال دعم مختلفة تقدم للمجتمعات المحلية.

إن غياب أي من العوامل الثلاثة السابقة الذكر يؤدي حتما إلى برنامج غير محقق الاستمرار. إلا انه حتى مع توافر هذه العوامل الثلاثة، فقد يطرأ مسائل أخرى يمكن أن تضعف برنامج التأهيل المجتمعي أو تعوق تنفيذه.

إن أي مشروع معروف للتأهيل المجتمعي ينفذ بصورة منعزلة ولا يكون مرتبطا بسياسة حكومية أو برنامج حكومي يكون من الصعب ضمان استمراره. بعض الأحيان تقوم منظمة ما - في غمار حماسها لتعزيز التأهيل المجتمعي- بتقديم قدر كبير من الدعم الخارجي لمشروع غير مرتبط بأية سياسات أو أولويات حكومية. وقد تكون هناك حاجة محسوسة لهذا المشروع، وقد يكون المجتمع المحلي متحمسا له بسبب الدعم الخارجي الذي حصل عليه، إلا أنه مع تناقص هذا الدعم الخارجي بالتدريج يأخذ المشروع في الذبول حتى يخمد تماما.

ومن مواطن الضعف الأخرى التي قد تواجه برنامج التأهيل المجتمعي، تلك التي تنشأ عن عدم وجود عاملين مختصين بالمشروع في المجتمع المحلي. فمن صور الدعم المقدم للمجتمعات المحلية تدريب عدد مختار من أعضاء المجتمع المحلي المعني كي يتولوا العمل مع الأشخاص المعوقين وأسرهم. وقد يكون العامل في التأهيل المجتمعي فرد من افراد المجتمع المحلي يشترك في برنامج آخر، ويأخذ على عاتقه مسؤولية إضافية في مجال أنشطة التأهيل. وفي بعض الأحيان يكون هذا العامل متطوعا من أفراد المجتمع المحلي لا يعمل إلا في التأهيل المجتمعي وحده. وفي هذه الحالة يتعين على المجتمع المحلي أن يختار هذا الشخص ويقدم له حافزا ما قد يختلف تبعا للتقاليد والعادات السائدة في البلد وفي المجتمع المحلي. ويعتبر الحفاظ على التزام العامل في مجال التأهيل المجتمعي وعلى تحمسه للعمل من أهم التحديات التي تواجه قادة المجتمعات المحلية ومديري برامج التأهيل المجتمعي.

التأهيل في المجتمع المحلي

الاستنتاجات

لقد أعدت هذه الورقة لتوضيح مفهوم التأهيل المجتمعي وأهدافه وأساليبه. ومن المأمول أن تؤدي إلى مزيد من الوعي بما يمكن إنجازه عن طريق برامج هذا التأهيل، فتحفز بذلك الحكومات والمنظمات غير الحكومية إلى تبني هذا النهج في التأهيل وتحقيق تكافؤ الفرص والدمج الاجتماعي لجميع الأشخاص المعوقين.

وجدير بالمنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية المتهمة بدعم برامج التأهيل المجتمعي أن تجمع جهودها وتساعد على إيجاد بيئة أكثر مواءمة لوضع السياسات الوطنية في هذا الصدد. وينبغي عليها أن تسعى إلى تنسيق انشطتها وإسهاماتها حتى تجعل من التأهيل المجتمعي برنامجا فعالا وصالحا للاستمرار على المستوى الوطني وعلى صعيد المجتمع المحلي من أجل خدمة الأشخاص المعوقين وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية.

والحكومات مدعوة إلى تبني إستراتيجية التأهيل المجتمعي كسياسة وتوفير الدعم اللازم لوضع برنامج للتأهيل المجتمعي على النطاق الوطني، وإيجاد الظروف الملائمة للتعاون والتنسيق بين مختلف الوزارات والتخصصات في سبيل النهوض بتنمية المجتمعات المحلية وببرامج التأهيل المجتمعي.

وينبغي أن يكون للأشخاص المعوقين ولمنظماتهم دور نشط في تحديد أولويات التأهيل المجتمعي وضمان الالتزام على الصعيد الوطني وعلى مستوى المجتمعات المحلية. كما ينبغي أن يشارك الأشخاص المعوقون في تخطيط جميع برامج التأهيل المجتمعي ومتابعتها ومراقبتها وتقييمها.

التعاون بين الوكالات

من أجل التأهيل في المجتمع المحلي

خلال السنوات القليلة الماضية، حرصت وكالات الأمم المتحدة المتخصصة الثلاث التي لديها برامج خاصة بالمعوقين) وهي منظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة ومنظمة الصحة العالمية) على تكثيف جهودها من أجل المشاركة في الخبرات المكتسبة والتعاون في وضع وتطوير برامج التأهيل المجتمعي .

وقد شمل هذا التعاون أيضا وكالات أخرى تابعة للأمم المتحدة، وخاصة البرنامج المشترك بين المناطق من أجل المعوقين، التابع لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، كما شمل عددا من المنظمات الدولية غير الحكومية.

ويختلف مستوى مشاركة الوكالات على الصعيد الوطني من بلد إلى آخر. فبعض البلدان تطلب المعونة من وكالة واحدة فقط، في حين أن بعضها الآخر قد يطلب هذه المعونة من وكالتين أو أكثر، تبعا للأوضاع الوطنية والحاجة إلى تعزيز عنصر الصحة أو التعليم أو التدريب المهني من عناصر برنامج التأهيل. وبينما تعمل جميع الوكالات المتخصصة على تشجيع الالتزام بنهج مشترك بين القطاعات على مستوى المجتمع المحلي، فإن كلا منها سوف تقدم المشورة التقنية المتصلة بمرافق الإحالة ضمن نطاق صلاحياتها ودرايتها الفنية وخبراتها.

المؤلف في سطور

خلال فترة تناهز الثلاثين عاما من العمل في ميدان تأهيل الاشخاص المعوقين عمل المؤلف في العديد من المواقع الحكومية والدولية. فقد شغل مدير مركز التأهيل المهني ومعهد النور في وزارة التنمية الاجتماعية في الاردن يتولى بعدها مهمة استحداث البرنامج الريادي الاول في المنطقة العربية التابع لوكالة الغوث الدولية حول طبيق منهجية التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين.

مابين ١٩٨٩-١٩٩٥ عمل المؤلف خبيرا اقليميا لبرنامج الاعاقة في الرئاسة العامة لوكالة الغوث الدولية وساهم في تأسيس البرامج المتخصصة في كل من الاردن وسوريا ولبنان وفلسطين.

عمل المؤلف خبيرا دوليا لمنظمة العمل الدولية في اليمن لمدة ثلاث سنوات وساهم منذ ١٩٩٨ وحتى اليوم في تنفيذ العشرات من المهام الاستشارية الفنية في مجال بناء البرامج وبلورة السياسات وتطور الآليات الخاصة بتأهيل الاعاقة في معظم الدول العربية.

خلال مسيرته المهنية ساهم في تنظيم العشرات من الندوات والنشاطات الوطنية والاقليمية والدولية في ميدان تأهيل الاشخاص المعوقين، وأصدر العديد من أوراق العمل والمنشورات المرجعية في ميادين التأهيل المجتمعي والتأهيل المهني للمعوقين.





عمان - الاردن

Tel.: +962 79 5400472 TelFax.: +962 6 5529304

Email: dareltareek@Yahoo.com